ROK VIII WARSZAWA 1934 PAŹDZIERNIK ZESZYT X

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO
PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM
LEKARZA PRAKTYKA.

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE A LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN.

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego.

PRACE ORYGINALNE

Nowe podstawy nauki o dziedziczności.

PODAŁ
DYONIZY HELLIN
Profesor Wolnej Wszechnicy Polskiej.

„W każdym bloku marmuru znajduje się posąg; trudność polega tylko na wydobyciu go".

Nauka robi postępy albo dzięki nowym odkryciom i nowym wynalazkom, albo dzięki nowym spostrzeżeniom t. j. dzięki zwróceniu uwagi na rzeczy, które, choć istniały, nie były jednak przez nas spostrzeżone. Dużo bowiem jest zjawisk, na które patrzymy, a których jednak nie widzimy. To też często to, co wydawało się ciekawostką, co uważane było za sprawę wyjątkową, a więc nie wytłumaczoną, później, przy bliższym badaniu, okazało się właśnie zjawiskiem prawidłowym.

Do rzędu takich zjawisk nie spostrzeganych do niedawna, pomimo ich istnienia, należą własności bliźniąt. Nowoczesne badania w tej dziedzinie bardzo posunęły naprzód naukę o dziedziczności, bo pozwoliły one ustalić, jakie cechy należy przypisać wpływom dziedziczności, jakie zaś wpływom otoczenia. Główną podstawę do badań tych dały bliźnięta, powstałe z jednego jajeczka. Jako wytworzone z jednej masy zarodkowej, bliźnięta te są zawsze jednakowej płci — bądź męskiej, bądź żeńskiej. Jest to jakby jedna istota podzielona na dwie części. Również krew ich należy do tej samej grupy krwi. Ponieważ bliźnięta jednojajkowe, jako powstałe z jednej masy, powinny być identyczne pod każdym względem, gdyby znajdowały się stale w jednakowych warunkach otoczenia, różnice więc między nimi powstać mogą tylko wskutek wpływu odmiennych warunków otoczenia. Tą drogą możemy się zatem dowiedzieć, jakie zjawiska są dziedziczne, jakie zaś nie. Własności powstałe pod wpływem środowiska nazywamy paratypowemi, własności dziedziczne — genotypowemi. Fenotypem będzie całość powstała pod wpływem obydwóch czynników (Johannsen). Badania nad bliźniętami jednojajkowemi wykazały, że nie wszystko, co się nam wydawało jako sprawa dziedziczna, było nią istotnie, wiele z tych cech, jak

się okazało, było wynikiem wpływu środowiska.

Natomiast stosunek wzajemny bliźniąt, powstałych z dwóch jajeczek, jest prawie taki sam, jak stosunek dzieci zrodzonych w rozmaitych czasach z tych samych rodziców, z tą różnicą, że bliźnięta rodzą się jednocześnie. To też, jako zrodzone z dwóch rozmaitych mas rodzicielskich, mogą one być rozmaitej, ale mogą naturalnie być i jednakowej płci. Bliźnięta rozmaitej płci lub o rozmaitej grupie krwi pochodzą zawsze z dwóch jajeczek. U bliźniąt dwujajkowych połowa ma jednakową, a połowa rozmaitą grupę krwi. Tak samo co do płci — połowa bliźniąt dwujajkowych jest jednakowej, a połowa rozmaitej płci.

To też z właściwości bliźniąt pochodzenia dwujajkowego nie można wyprowadzać wniosków co do dziedziczności. Różnice między niemi są jednak mniejsze niż między zwykłymi braćmi i siostrami, bo bliźnięta znajdują się jednocześnie w łonie matki i wychowują się zwykle w jednakowych warunkach otoczenia. Ale nawet przy jednoczesnym przebywaniu w łonie matki powstać mogą też między bliźniętami jednojajkowemi pewne różnice pod względem wpływu otoczenia, bo np. głowa każdego z bliźniąt leży w innym miejscu macicy, podlegają więc one różnym warunkom ciśnienia, ukrwienia i innym t. p. wpływom. A więc już w czasie rozwoju zarodkowego zjawiają się warunki, mogące doprowadzić do różnic nawet między bliźniętami jednojajkowemi. Zrośnięte siostry Blažek miały czaszki bardzo różniące się pod względem budowy.

Pierwszy, który zwrócił uwagę na to znaczenie bliźniąt jeszcze przed 60 laty, był kuzyn Darwina — *Galton*. Już on poddał badaniu nie tylko cechy morfologiczne, lecz i cechy psychiczne i uwydatnił znaczenie tej sprawy dla kryminalistyki. Rzecz cała drzemała jednak aż do r. 1914, gdy zajął się nią, wraz ze swymi uczniami, *Poll*, profesor anatomji w Niemczech. W ostatnich latach ukazało się mnóstwo prac z tej dziedziny, szczególnie w języku niemieckim, jako to prace *Simens'a*, *Verschuer'a*, *Curtius'a*, szweda *Dahlberga* (po angielsku), francuska *Apert'a* i amerykanina *Newman'a*.

Sprawy dziedziczności na podstawie badań nad bliźniętami tyczą się nie tylko stanów t. zw. prawidłowych, lecz również i chorób, jakim ustrój podlega, zarówno spraw cielesnych, jak i psychicznych. Na tym tle powstała cała nowa nauka, wkraczająca zarazem w dziedzinę eugeniki, profilaktyki, kryminalistyki i socjologji.

Tych cech morfologicznych, które mogą służyć za materjał do badania sprawy dziedziczności czy też spraw środowiska, jest cały szereg, jako to: barwa i obfitość owłosienia, umiejscowienie jego, barwa skóry i oczu, właściwości skóry, linje skóry na palcach, rozwój tkanki tłuszczowej i kości, wzajemny stosunek rozmiarów oddzielnych członków, postać i położenie zębów, czas ich zjawiania się, postać paznokci, waga ciała, wzrost, postać czaszki, twarzy, budowa nosa, ust i uszu i t .d. Nie wszystkie te sprawy zostały dotychczas zbadane dokładnie.

Ciekawa jest tak ważna w kryminalistyce sprawa budowy linji na skórze palców lub stóp. Niema dwóch ludzi, którzyby mieli więcej niż 16 jednakowych oznak na palcach rąk. Bertillon, który pierwszy zwrócił uwagę na znaczenie tych linji dla kryminalistyki (daktyloskopja), znalazł jednak raz aż 30 koincydencji, ale, jak się okazało, były to bliźnięta, pochodzące z jednego jajeczka. Śród niebliźniąt koincydencja taka możliwa jest raz aż na 4^{30} ludzi, t. j. liczby wyrażającej się w 20 cyfrach czyli o miljard razy większej niż ludność całego świata. Oto do jak wysokiego stopnia dochodzi „identyczność" bliźniąt jednojajkowych!

Natomiast wzrost może być u bliźniąt, nawet pochodzących z jednego i tego samego jajeczka, rozmaity czyli, pomimo znaczenia dziedziczności, wpływ pod tym względem czynników otoczenia odbywać się może już w macicy, zarówno mechanicznie jak i dzięki czynności gruczołów wydzielania wewnętrznego (tarczycy, przysadki, narządów płciowych).

Podobieństwo między bliźniętami jednojajkowemi wyraża się także w tym, że zaczynają one chodzić w jednym czasie, w jednym też czasie zjawiają się u nich zęby, w jednym czasie następuje mutacja głosu i pierwsze miesiączkowanie. Mają one jednakowe ciśnienie krwi, jednakową wrażliwość na barwy, jednakowy głos. A zatem występuje tu podobieństwo i dziedziczność nie tylko pod względem morfologicznym, lecz i pod względem fizjologicznym.

Ze stanów patologicznych wchodzą w sferę zagadnień zmiany w skórze, jej za-

barwienie (piegi, marmoryzacja, brak barwika), wągry, brodawki, znamiona, zimne ręce i nogi. Badania wykazały, że piegi są dziedziczne, natomiast znamiona nie są zjawiskiem dziedzicznym, lecz paratypowym, powstającym jednak już w macicy.

Dalej w zakres ten wchodzą: patologiczna postać uczu, przerost migdałów podniebiennych, wyrośla gruczołowate, zmarszczki nakątne, warga zajęcza, wilcza paszcza, przepuklina, spodziectwo, rozszczepienie kręgosłupa, stulejka, obojniactwo, cukrzyca, krwawiączka, żółtaczka noworodków, oczopląs, bielactwo, histerja, newralgja, migrena, odwrotne położenie trzew, krzywica, zmięknienie kości, próchnienie zębów, płaskonóg, kolana lub stopy koślawe lub szpotawe, nadliczbowość lub zrost palców, otoskleroza, astma, gościec, wole, choroba Basedowa, mnogość sutków, zaćma, seplenienie, pocenie się, jąkanie się i t. d. Badania wykazały, że oprócz zaćmy, migreny otosklerozy, nadliczbowych sutków, nauczenia się mowy, prawie wszystkie wyżej wymienione anomalje znajdują pod wpływem czynników dziedziczności.

Ciekawa jest sprawa mańkuctwa. Okazuje się, że liczba takich bliźniąt jednojajkowych, z których obaj byliby mańkutami, jest minimalna, mańkutem bywa zwykle tylko jedno z takich bliźniąt. A zatem mańkuctwo nie jest sprawą dziedziczną. Jeśli choroby zakaźne zjawiają się u obydwóch bliźniąt, to naturalnie nie może to być dowodem dziedziczności.

Co do właściwości psychicznych, to wchodzą tu w grę: zdolność do nauki, zamiłowanie do czytania, charakter lektury, zdolność do rysunków, do muzyki, zamiłowanie do sportów, do teatru, kina, koncertów, skłonność do gniewu, do przyjaźni, wybór przyjaciół, skłonność egoistyczna, towarzyskość, próżność, stosunek do rodziców i rodzeństwa, nastroje, temperament, religijność, wybór powołania, gust w ubiorze, skłonność do nałogów np. do alkoholizmu, sprawy seksualne. Prawie wszystkie te cechy psychiczne, jak wykazały badania, są dziedziczne.

To też bliźnięta żyją zwykle zgodnie, myślą w ten sam sposób, robią i wykonywują te same plany, w tym samym czasie, zarówno w stanie psychicznym normalnym jak i patologicznym. Bardzo często jeden wie, co drugi myśli, czego chce, doznają bardzo często tych samych uczuć. „On jest ja, a ja jestem on". To też gdy jedno z bliźniąt wykazuje jakiś defekt psychiczny, można starać się o zapobieżenie temu defektowi u drugiego z nich.

Ciekawą jest rzeczą, że charakter pisma rzadko kiedy bywa jednakowym bliźniąt, a zatem nie jest to sprawa dziedziczna.

Oto jak obszerna jest dziedzina, którą odkrywa przed nami badanie bliźniąt jednojajkowych. Sprawę wpływu dziedziczności lub środowiska można badać również poddając bliźnięta jednojajkowe po ich urodzeniu jednakowym lub różnym warunkom życiowym, bliźnięta zaś dwujajkowe wychowując w jednakowych warunkach środowiska.

O szpitalu w Buczaczu słów kilkoro!

PODAŁ
B. Sekundarjusz Szpitala
DR. MED. E. PIOTROWSKI
Naczelny Lekarz Kasy Chorych
Czortków.

Czytając zamieszczony w lipcowym zeszycie „Wiedzy Lekarskiej" artykuł Dra W. Talko o spostrzeżeniach dotyczących Szpitala w Ciechanowie Mazowieckim mimowoli nasuwa mi się myśl o tragicznych losach Szpitala w Buczaczu.

Buczacz — to gród stary, bogaty zarówno w pamiątki historyczne jak i archeologiczne, w które Podole tak obfituje. Znajdujemy więc w nim stary Rynek Potockich, cacko architektoniczne XVI wieku, ruiny zamku Potockich, lipę historyczną pod którą zawarł M. W. Wiśniowiecki haniebny pokój z Turkami, studnię z której pił wodę Król Sobieski w wyprawie na odebranie twierdzy Jazłowca z rąk tureckich w r. 1684 i t. p. Tam też odkrył prof. Kozłowski prahistoryczną chatę na słupach z końcowej fazy neolitu.

W tym to właśnie Buczaczu stanął w roku 1914, a więc jeszcze za czasów zaboru austrjackiego, okazały Szpital Powszechny, obliczony na 100 łóżek dla całego powiatu buczackiego.

W sierpniu 1914 roku, tuż przed wybuchem wojny światowej odbyła się kolaudacja budynku, a wkrótce potem wkroczyły do Buczacza wojska rosyjskie. W czasie kilkakrotnych walk o Buczacz padło miasto a z niem i nowowybudowany Szpital ofiarą płomieni i zniszczenia.

Po odzyskaniu niepodległości staraniem J. M. C. szpital został odnowiony i częściowo nawet urządzony.

Zdawało się, że nic nie stoi na przeszkodzie uruchomienia tego Szpitala, tembardziej że cały rozległy powiat żadnego innego szpitala nie posiada a choroby epidemiczne jak tyfus, czerwonka i t. p., które w latach 1920 — 1922 zbierały w Buczaczu obfite żniwo, do dziś dnia zaznaczają dobitnie tamże swoje istnienie. Niestety! Stało się inaczej! Uruchomienie Szpitala uzależniano od decyzji szeregu czynników sanitarnych od województwa począwszy a na ówczesnem Ministerstwie Zdrowia Publicznego skończywszy.

Zjeżdżały rozmaite komisje i eksperci, przeprowadzone szereg konferencji w tej sprawie, a w rezultacie Szpitala i tak nie uruchomiono, jakkolwiek przyznać trzeba, że został on z rozmysłem wybudowany i posiada wszelkie ku temu warunki, aby być uruchomionym i dać pomieszczenie chorym, którzy szukać muszą oparcia dopiero w najbliższym szpitalu w Stanisławowie.

Ponoć system kanalizacji filtrowej tegoż szpitala uznany został wadliwym czy też inne drobne braki sanitarne przekreśliły jego żywot.

Okazałe budynki szpitalne stoją pustką i niszczeją a wraz z niemi część inwentarza zakupionego przez J. M. C. Budynek gospodarczy jest szczególnie przedmiotem barbarzyńskiego niszczenia przez okolicznych mieszkańców, którzy cegieł z tego budynku używają na stawianie sobie pieców w mieszkaniach i t. p.

Stan ten trwa do dnia dzisiejszego bez zmiany. Miejscowe czynniki odpowiedzialne, a szczególnie Wydział Oświatowy nie czynią w tym kierunku żadnych kroków, z obawy następnych kłopotów związanych z utrzymaniem szpitala i chętnieby wyzbyły się tego objektu pod warunkiem przejęcia na tych budynkach ciążących nie dużych długów hipotecznych.

Wszelkie inne koncepcje mające na celu zużytkowanie tych budynków nie dochodzą do skutku. Miano adoptować ten szpital na cele pomieszczenia umysłowo chorych chroników, dla odciążenia Państw. Zakładu dla Umysłowo Chorych w Kulparkowie — lecz i to rozbiło się podobno o drobiazg, bo brak przy szpitalu większego ogrodu pod uprawą jarzyn.

I tu znowu nie umiano wykorzystać nadarzającej się sposobności do zużytkowania tak pięknych objektów, bo

przy odrobinie dobrej woli można było podnająć od okolicznych mieszkańców nawet kilka mórg pola, stanowiących warunek uruchomienia Zakładu. Litość i oburzenie wzbierają na przemian w człowieku na widok niszczejących samotnie gmachów, stanowiących majątek powiatu, a przeznaczonych przez zaborcę dla podniesienia stanu sanitarnego tego kresowego powiatu.

Czyż naprawdę mamy w naszem Państwie taki nadmiar szpitali, aby gotowe budynki szpitalne stały pustką i niszczały, dając przechodniom smutny obraz naszej niezaradności i opieszałości.

Fakt ten uwypukla się tembardziej, że epidemje tyfusu rokrocznie nawiedzają Buczacz, a w roku bieżącym zanotowano ponad 50 zachorowań na tyfus brzuszny w mieście Buczaczu.

Z braku szpitala na miejscu lokowano chorych w żydowskim domu starców, przezwanym pompatycznie „żydowskim szpitalem“, nie posiadającym żadnych urządzeń dla izolacji chorych zakaźnych.

Nic więc dziwnego, że zakażenia wewnątrzszpitalne nie były odosobnione.

Czas najwyższy, aby sprawa uruchomienia szpitala w Buczaczu w wybudowanych na ten cel budynkach przybrała po 20 latach ich istnienia bardziej realne jak dotychczas kształty.

Może wreszcie z łam tego miesięcznika lekarskiego echo tej sprawy dotrze do odpowiednich czynników w Państwie!

Dr. *Eugenjusz Piotrowski.*

LIST DO REDAKCJI.

W związku z artykułem p. D-ra W. Talki p. t. „O szpitalu w Ciechanowie Mazowieckim — parę uwag i spostrzeżeń“ w zeszycie VII „Wiedzy Lekarskiej“ z r. b. najuprzejmiej proszę o łaskawe umieszczenie w najbliższym zeszycie „W. L.“ następującego wyjaśnienia.

Wielce Szanowny Autor w części wspomnianego artykułu, poświęconej szpitalowi płońskiemu pisze m. in. zdanie: „Cały olbrzymi pawilon stoi pustką i niewiadomo jeszcze, jak się go wykorzysta“.

Po przeczytaniu tego zdania, każdemu kto nie jest dobrze obeznany z sytuacją szpitala w Płońsku, odrazu nasuwa się logiczny wniosek, że skoro cały pawilon stoi pustką, więc i w całym szpitalu jest słaba frekwencja chorych, a w związku z tem mogą nasuwać się dalsze myśli, dotyczące już nietylko gmachu i urządzeń szpitalnych, ale i samej pracy w szpitalu, gdyż, jak powszechnie wiadomo, frekwencja szpitala zależy w pierwszym rzędzie od pracujących w nim lekarzy i otrzymywanych wyników leczenia.

Nieporozumienie wynika stąd, że ów „olbrzymi“ pawilon, stojący pustką nie jest wykończony, a na wykończenie niestety brak funduszów, równających się m. w. $\frac{2}{3}$ wartości wykończonego budynku. Z chwilą zaś wykończenia budynku według planu na oddział zakaźny — wykorzystany on zostanie na leczenie chorych zakaźnych. Tymczasem zaś musi stać pustką, gdyż jest dopiero w $\frac{1}{3}$ wybudowany.

Jeżeli zaś chodzi o wykończony główny pawilon — jest on w całości wykorzystany. Dość powiedzieć, że od początku b. roku średnia frekwencja wynosi ponad 50 chorych dziennie, a ilość operacyj zgodnie z księgą operacyjną doszła w ubiegłym miesiącu do 52 i to nie mniej poważnych od wyliczonych przez Autora i wykonanych w szpitalu Ciechanowskim.

Z poważaniem
Dr. *W. Fiećko.*

Płońsk, dnia 24.VIII. 1934 r.

ERRATA.

W pracy D-ra Ferbera „Ostre i przewlekłe schorzenia migdałków“ następujące błędy drukarskie, zmieniające sens zdań winny być poprawione:

na str. 224, kolumna 2 wiersz 14 od dołu wydrukowano starczych — powinno być starszych.

Na str. 215, 1 kolumna, 6 wiersz od góry powinno być „u dzieci i u chorych na nerki“, co niniejszem prostujemy.

STRESZCZENIA

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Podciśnienie ostre lub napadowe. (Les hypotensions aigues ou paroxystiques). Donzelot.

Paris Médical. Nr. 18, 1934.

Specjalna ta postać podciśnienia występująca napadowo albo jako zapaść, wywołana osłabieniem całego krążenia z zamroczeniem świadomości i przyśpieszeniem akcji serca, albo jako omdlenie, którego przyczyną jest krótkotrwałe zachwianie krążenia mózgowego, przyczem świadomość jest całkowicie zniesiona, a czynność serca zwolniona.

Obraz zapaści jest znany: tętno przyśpieszone, drobne, nitkowate, oddech przyśpieszony, rysy twarzy zapadnięte, skóra pokryta zimnym potem, kończyny sine i zimne. Przyczyny zapaści mogą być bardzo różne. Występuje ona bezpośrednio albo w kilka godzin po urazach, po zabiegach chirurgicznych szczególnie w okolicy otrzewnej, bezpośrednio albo w postaci spóźnionej po ciężkich porodach, przy wstrząsie anafilaktycznym, po poważniejszych upustach krwi lub płynów surowiczych, po zatruciach prawdziwych albo też w przypadkach nietolerancji pewnych środków lub też po autointoksykacjach, np. zapaść sercowa chorych cukrzycowych, w przebiegu cierpień zakaźnych, ostrej niewydolności nadnerczy, wreszcie jako okres końcowy niewydolności serca, jako wyraz ostrej niedomogi komór serca lub zawału mięśnia sercowego. Zapaść urazowa tłomaczona jest podwójnie. Teorja nerwowa zwraca uwagę na charakter bezpośredni poemotywny zapaści, tłomacząc ją bezpośredniem podrażnieniem nerwów czuciowych i odruchowem porażeniem ośrodków naczynioruchowych. W następstwie ciśnienie krwi nagle opada, krew gromadzi się w obrębie nerwów trzewnych dzięki czemu serce gorzej się wypełnia i kurczy prawie na pusto, a tkanki nie są należycie utleniane. Teorja toksyczna opiera się na tem, że nieraz zapaść nie przychodzi bezpośrednio po urazie, ale nieco później, często stwierdza się ją w kilka godzin po ciężkich urazach mięśniowych. Wszystko to wskazuje na to, że zapaść spowodowana jest w tych przypadkach ciałami toksycznemi, które powstały w miejscu urazu. Doświadczalnie wykazano między innemi, że wyciągi mięśni zmiażdżonych mogą spowodować stan zapaści. W każdym razie rola serca w przebiegu tego typu zapaści stoi na drugim planie, przyczyną bezpośrednią jest rozszerzenie naczyń i uwięzienie krwi w jamie brzusznej, a więc zmniejszenie ilości krwi krążącej. Zapaść nieurazowa w pewnej grupie przypadków może być spowodowana osłabieniem mięśnia sercowego, często przyczyna zapaści jest mieszana, wywołana zaburzeniami obwodowego i ośrodkowego krążenia.

Omdlenia występują naogół rzadko w przebiegu cierpień sercowych, natomiast są częstsze przy dusznicy bolesnej, zawale mięśnia sercowego, przy zaburzeniach rytmu sercowego. W atakach dusznicy bolesnej i zawału mięśnia sercowego chorzy najczęściej kończą życie w omdleniu, omdlenia przy całkowitej niemiarowości tętna są najczęściej również śmiertelne, przy częstoskurczu napadowem mają one charakter łagodniejszy, częste są przy zwolnieniu tętna. Choroba Adam-Stokesa jest niczem innem jak połączeniem zwolnienia tętna z napadem omdlenia. Omdlenia są również częste przy większych upustach krwi i upustach płynów surowiczych, u chorych anemicznych. Mechanizm omdlenia może być podwójny: z jednej strony zatrzymanie czynności serca całego albo tylko przedsionków np. przy ich migotaniu, dalej już opisane rozszerzenie naczyń obwodowych i z zatrzymaniem krwi na obwodzie, wreszcie miejscowe zaburzenia krążenia w mózgu, które wtórnie, odruchowo wywołują spadek ciśnienia krwi i zwolnienie częstości tętna. Omdlenia pochodzenia psychicznego powstają najczęściej drogą tego mechanizmu, ztąd ich łagodność.

Zapaść pochodzenia obwodowego zwalcza się, przywracając odpowiednią ilość krwi krążącej, pobudzając krążenie powrotne, pobudzając ośrodki rdzeniowe i energję mięśnia sercowego. Ilość krwi krążącej powiększa się przez stosowanie fizjologicznego roztworu soli albo transfuzji krwi, zaleganie krwi w jamie brzusznej zwalcza się przez śródżylne podawanie adrenaliny, równocześne wstrzyknięcia kofeiny, strychniny, lobeliny pobudzają ośrodki rdzeniowe. W celu podtrzymania energji serca stosuje się preparaty kamfory, sparteinę, w wyjątkowych ciężkich przypadkach ouabainę. Chorzy powinni pozostawać w pozycji leżącej, ciało należy rozgrzewać, wskazane są wdychania tlenu. W przypadkach, w których zapaść jest pochodzenia sercowego należy w pierwszej linji stosować środki sercowe w szczególności śródżylnie ouabainę, której działanie jest bardzo szybkie. Gdy zapaść jest pochodzenia dusznicowego wskazana jest morfina, szczególnie w przypadkach zawału mięśnia sercowego. Kilkutygodniowy, całkowity spokój w łóżku jest wtedy konieczny.

W omdleniach pochodzenia sercowego należy przedewszystkiem zwalczać zwolnienie czynności serca; przez podawanie atropiny lub belladonny działa się porażająco na nerw błędny, gdy serce już się zatrzymało, wskazane jest wstrzyknięcie śródsercowe adrenaliny. Te same środki stosuje się przy rozszczepianiu przedsionkowo - komorowem, gdy grozi zatrzymanie komór. Przy migotaniu przedsionków, co ma miejsce przy niemiarowości zupełnej i przy częstoskurczu napadowym, najbardziej wskazana jest chinidyna. Przy grożącem omdleniu w napadzie dusznicy bolesnej można zastosować miejscowe wstrzyknięcie novocainy według Lemaire'a, najbardziej wskazane

jest jednak wstrzyknięcie morfiny, połączonej z jakimś preparatem kamfory. Omdlenie pochodzenia obwodowego ma te same przyczyny co i zapaść obwodowa i w ten sam sposób powinno być leczone.

Rozważania anatomiczne nad frenicektomią i sposobem jej działania. (Considérations sur la phrenicectomie et ses modes d'action). Delmas et Cabanac.

Presse Médicale. Nr. 34, 1934.

Autorzy zwracają uwagę, że nerwy sercowe, pochodzące ze splotu gwiaździstego i pośredniego, oddają włókna do tętnicy płucnej i łączą się z gałązkami nerwu błędnego, tworząc przedni splot płucny. Oprócz tego gałązki, wychodzące z 3 i 4 zwoju piersiowego, idą do oskrzeli, inne znowu łączą się z nerwem błędnym. Podwójne unerwienie współczulne, szyjne i piersiowe, kieruje z jednej strony czynnością płuc, z drugiej strony, wpływa na ich odżywianie przez tętnice oskrzelowe. Ponieważ prawie wszystkie współczulne włókna płucne pochodzą od zwoju gwiaździstego należy uważać ten zwój jako obwodowy ośrodek współczulny płuca. Doświadczalnie stwierdzono na zwierzętach, że usunięcie zwoju gwiaździstego pociąga za sobą przekrwienie płuc. To samo stwierdza się po frenicektomji, której towarzyszy nieraz krwawa plwocina albo nawet i prawdziwy krwotok płucny. Ponieważ tak doświadczenia eksperymentalne, jak i spostrzeżenia kliniczne wykazują poważniejszy i głębszy wpływ frenicektomji należałoby dokładniej badać jej znaczenie i wpływ na ustrój. Spostrzegano już zawężlenie żołądka po tym zabiegu, opisywano bóle w dołku podsercowym, których nie można wytłomaczyć jedynie podniesieniem połowy przepony, w ostatnich czasach spostrzegano ponadto jeszcze inne zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, bolesne i uporczywe zaparcia, wymioty, opadnięcia trzew. Jest to zrozumiałe, gdyż nerw przeponowy wysyła gałązki do splotu słonecznego, połączenia tego nerwu z innemi gałązkami nerwowemi tłomaczą również inne zaburzenia występujące po frenicektomji. Autorzy uważają, że mylnem jest ograniczać działanie nerwu przeponowego tylko do przepony. W istocie wpływ jego zaznacza się również na płucach i na pewnych narządach jamy brzusznej. Działanie lecznicze frenicektomji na zmiany płucne nie jest prawdopodobnie wywołane tylko wyłączeniem ruchomości płuca z powodu porażenia połowy przepony, frenikoexereza działa bowiem i na inne dziedziny. Ftizjolodzy zwrócili już uwagę, że lecznicze działanie frenicektomji jest wyraźniejsze, gdy towarzyszą jej zaburzenia współczulne, również wywołane frenicektomją.

Vagotonina i jej działanie lecznicze sercowo-naczyniowe. (La vagotonine et son action thérapeutique cardio - vasculaire). Etienne et Louyot.

Paris Médical. Nr. 19, 1934.

Vagotonina jest wyciągiem trzustki i hormonem specyficznym nerwu błędnego. Autorzy badali szczególnie jej działanie na ciśnienie tętnicze krwi, na nadciśnienie tętnicze i jej wpływ na ludzi z pobudliwym układem współczulnym. Po zastosowaniu 0,020 vagotoniny występuje spadek skurczowego i rozkurczowego ciśnienia krwi, spadek tem większy, im wyższe było początkowe ciśnienie. Krzywa ciśnienia krwi podnosi się znowu w dwie, trzy godziny po wstrzyknięciu, jednakże naogół nie osiąga poziomu poprzedniego. Przy stosowaniu vagotoniny przez czas dłuższy, t. j. dwa do trzech tygodni w dawce 0.02 w przypadkach z nadciśnieniem i z nadmierną częstością tętna następuje zwolnienie tętna i spadek wyraźny ciśnienia krwi, spadek ten utrzymuje się przez czas dłuższy. Vagotonina, działając pobudzająco na układ nerwu błędnego, wpływa na nerwy, rozszerzające naczynia. Prawdopodobnie z tej samej przyczyny, rozszerzając naczynia wieńcowe serca, działa korzystnie na bóle o charakterze dusznicy bolesnej. Dzięki swemu drażniącemu wpływowi na układ nerwu błędnego vagotonina działa korzystnie w przypadkach częstoskurczu napadowego.

Leczenie wyciągami żołądka w anemji złośliwej Biermera. (La gastrotherapie dans l'anemie pérnicieuse de Biermer). Etienne, Verain et Louyot.

Presse Médicale. Nr. 40, 1934.

Autorzy rozważają działanie wyciągów żołądka na anemję złośliwą typu Biermera. Ten sposób leczenia opiera się na przypuszczeniu, że zasadnicza przyczyna anemji Biermera znajduje się w żołądku, a wyraża się prawie stale stwierdzaną bezsocznością. Wykazano nawet w żołądku obecność ciała, którego brak w przebiegu anemji złośliwej; ciało to nie znajduje się ani w mięśniówce, ani w soku żołądkowym, ale w błonie śluzowej okolicy oddźwiernika. Pomimo, iż nie można go wykazać bezpośrednio w błonie śluzowej żołądka, jednakże jego obecność zaznacza się przy wprowadzeniu do żołądka mięsa, oswabadza ono wtedy inny czynnik przeciwanemiczny, zawarty w mięsie, który ze swej strony pobudza wytwarzanie krwi. Dopiero te wnioski, oparte na licznych spostrzeżeniach, tłomaczą dlaczego sam sok żołądkowy, choć może pobudzać czynności krwiotwórcze krwi, jednakże nie jest w stanie wywierać stałego wpływu leczniczego na anemję złośliwą. Leczniczo działają jedynie wyciągi, zawierające pierwiastki przeciwanemiczne. Takimi są wyciągi błony śluzowej żołądka prosięcia, które można zażywać doustnie, w proszkach, w płynie, a także stosować w wstrzykiwaniach. Autorzy stosowali wyciągi francuzkie zwane Stomarolem. Wyciąg ten w postaci proszku podawali w początku obiadu i kolacji w dawce 30 — 40 gr. w letnim buljonie z mięsa. Środek jest naogół dobrze znoszony nawet gdy jest podawany przez dłuższy przeciąg czasu i już po kilku dniach jego zażywania stan chorych, szczególnie apetyt, się poprawia. W niektórych przypadkach autorzy stosowali przed wyciągami żołądka wyciągi wątroby i pokazało się, że działanie wątroby wzmacnia jeszcze wpływ łeczniczy wyciągów żołądka. Działanie lecznicze wyciągów żołądka jest jednakże wyraźniejsze i trwalsze; występowało ono w przypadkach anemji plastycznej, a nawet aplastycznej, jednakże zawiodło w przypadkach powikłanych zespołem krwotocznym, ci chorzy nawet źle znosili wyciągi żołądka. Wyciągi działają głównie na wytwarzanie krwinek, jednakże nie leczą anemji złośliwej, nie wpływając na bezsoczność, ani na formułę ciałek białych. Stan cho-

rych w czasie leczenia poprawia się bardzo znacznie, mogą wrócić do pracy, nie zostają jednak wyleczeni.

Ewolucja prawa w dziedzinie tajemnicy zawodowej. Różnica między tajemnicą chorego a tajemnicą winnego. (Evolution de la jurisprudence en matiere de secret professionel. Distinction entre le secret du malade et celui du coupable). D u v o i r e t D e s o i l l e.

Paris Médical. Nr. 46, 1933.

Autorzy cytują jeden przypadek, w którym orzeczenie sądu zaleciło lekarzowi zeznawać w sprawie, którą mógł poznać tylko w związku z wykonywaniem czynności lekarskich. Dotychczas w sprawach tajemnicy zawodowej zalecane było stałe i absolutne milczenie, z tego też względu lekarze nie zeznawali przed sądem. Istnieją nawet orzeczenia mocą których lekarze szpitali paryskich, gdy u swych chorych w szpitalu stwierdzą ślady przestępstwa nie powinni zwracać się do władz sądowych. Orzeczenie to było krytykowane, zwracano bowiem uwagę, iż jeżeli lekarz u łoża chorego stwierdzi otrucie, to w istocie nie jest to tajemnica chorego, ale przestępcy. Podobnie gdy lekarz stwierdzi, że rodzice np. nie chcą leczyć dziecka, to w obronie dziecka powinien, łamiąc tajemnicę zawodową zwrócić się o obronę prawa. Ostatnio w procesie wytoczonym o zabójstwo dziecka akuszerka położnicy, wezwana jako świadek, została upoważniona do zeznania, obciążającego położnicę, wychodząc z założenia, że tajemnica, dotycząca chorej, która była przedmiotem opieki, nie dotyczy jednak dziecka które padło ofiarą. W istocie swej orzeczenie to dopuszcza by lekarz zadenuncjował własnego chorego, gdy ten jest przestępcą. Z punktu widzenia prawnego w tym przypadku, jeżeli dziecko było jeszcze żywe, gdy wezwano akuszerkę, było ono tak samo jej pacjentem, jak matka, akuszerka była więc posiadaczką dwóch tajemnic zawodowych i to stanowisko tłomaczy orzeczenie sądu, całkowicie odrębne od dotychczasowych obyczajów.

Dziedziczność dnawych. (L'hérédité des goutteux). M a t h i e u, P i e r r e W e i l.

Presse Médicale. Nr. 35, 1934.

Dziedziczność chorych dnawych jest faktem znanym oddawna, jednakże w naszych czasach dziedziczność dnawych zdaje się zmniejszać, co prawdopodobnie należy przypisać lepszym warunkom higienicznym życia współczesnego, bardziej racjonalnemu sposobowi odżywiania. W szczególności uderza, że dziedziczność zmniejsza się bardzo ze strony macierzyńskiej, według autora jest to wyrazem mniejszej częstości dny w naszych czasach wogóle. Wśród 50 chorych badanych przez autora zwracało uwagę, że w rodzinach 28 chorych, czyli u 60% były przypadki cierpień stawowych o charakterze ostrym.

Połączenie dny i gośćca w tych samych rodzinach nie jest rzeczą rzadką. Występuje ono w ten sposób, że niejednokrotnie dziadek chorego dnawego cierpiał na dnę, zaś ojciec chorował na gościec, albo też chory na dnę, którego ojciec również cierpiał na dnę, ma braci reumatyków. Sami chorzy dnawi oprócz dny cierpią niejednokrotnie i na cierpienia gośćcowe, na bóle mięśniowe i nerwobóle, czasami sprawy stawowe o charakterze nie dnawym łączą się ze sprawą dnawą. Wśród rodzeństwa dnawych gościec również często występuje, chorzy dnawi badani przez autora mieli 62 braci i sióstr, 11 z pośród nich cierpiało na dnę, 11 na ostre sprawy gośćcowe. Ostre sprawy gośćcowe o charakterze bolesnym zdają się więc być spokrewnione z dną. Często spotyka się w rodzinach chorych dnawych, u dzieci, rodzeństwa i rodziców cierpienia, występujące napadowo, jak migreny, pokrzywkę, astmę, kamicę żółciową, etc., niejednokrotnie u jednego i tego samego chorego te cierpienia łączą się ze sobą tak np. jeden chory cierpiał równocześnie na dnę, rwę kulszową, pokrzywkę, migrenę, inny na dnę i dychawicę oskrzelową, trzeci na pokrzywkę, migrenę, lumbago i dnę. Druga więc grupa cierpień, która poza gośćcem ma największe powinowactwo do dny, odznacza się charakterem napadowym. Cukrzycy i kamicy żółciowej nie spotyka się tak często w otoczeniu dnawych, kamica żółciowa jest rzadka, cukrzyca dnawych naogół jest lekka i łatwo poddaje się leczeniu. Częstszem powikłaniem dny jest natomiast kamica nerkowa.

O leczeniu choroby Addisona cysteiną. (Du traitement de la maladie d'Addison par la cystéine). L e o b a r d y e t L a b e s s e.

Presse Médicale. Nr. 30, 1934.

Choroba Addisona jest wywołana niewydolnością kory nadnerczy. To tłomaczy brak działania adrenaliny, wyciągu miąższu nadnerczy. Wyciągi kory nadnerczy, t. zw. cortina, przygotowane przez Hartmanna i jego uczniów Swingle i Pfiffnera, nietylko, że przedłużały życie zwierzętom, pozbawionym nadnerczy, ale stosowane leczniczo u chorych, cierpiących na chorobę Addisona, dały wyniki bardzo korzystne. Niestety cena tych preparatów jest bardzo wysoka. Zwykłe wyciągi nadnerczy, które się spotyka w handlu nie okazują działania tak wyraźnego, jak cortina. Autorzy opisują trzy przypadki choroby Addisona w których, idąc za spostrzeżeniem Rivoira, zastosowali cysteinę, podając ją w sposób następujący: dawka codzienna wynosiła 0.10 cysteiny rozpuszczonej w kilku cm³ wody przekroplonej, roztwór ten się gotuje w celu wyjałowienia i następnie zobojętnia go się przed wstrzyknięciem wiadomą ilością wyjałowionego węglanu sodu. W dwóch przypadkach ciężkiej choroby Addisona, w których autorowie zastosowali cysteinę wynik był doskonały. Poprawia się przedewszystkiem apetyt chorych, przybywają na wadze, zmniejszają się objawy osłabienia, podnosi się nieco skurczowe ciśnienie krwi, zmniejsza się także choć nie znika całkowicie brunatne zabarwienie skóry. Wstrzykiwania cysteiny nie pociągają za sobą żadnych niepożądanych objawów ubocznych, cysteina jest tania, zasługuje więc ze wszystkich względów na to, by ją wciągnąć do arsenału leczniczego choroby Addisona, jedyną jej wadą jest, iż działanie jej nie jest stałe. Stan chorych pogarsza się po przerwaniu wstrzykiwań i środek trzeba zacząć stosować na nowo.

Sposób działania cysteiny nie jest znany, możliwe, że sprzyja ona utleniającym procesom tkankowym.

Powiększenie serca na tle anoxemji. (Les gros coeurs par anoxémie). Bouchut et Froment.

Archives des maladies du coeur. Nr. 6, 1934.

Autorzy zwracają uwagę na przypadki dużego serca w przebiegu anemji złośliwej. Liczni autorzy i to już oddawna zauważyli, że w ciężkich anemjach serce bywa powiększone, spostrzegano nawet niewydolność serca, ustępującą w miarę jak poprawiały się objawy anemji. Powiększenia serca często nie stwierdza się klinicznie, jedynie w czasie sekcji waga serca bywa powiększona, w innych przypadkach klinicznie występują objawy rozszerzenia serca w okresie pogorszenia anemji, znikają one w czasie poprawy, wreszcie występują objawy niedomogi serca ze wszystkimi jej następstwami. Anatomopatologicznie stwierdza się w tych wszystkich przypadkach tylko przerost serca bez żadnych zmian samego mięśnia sercowego, mogących wytłomaczyć ten przerost. Przerost serca bywa tem większy, im mniejszy jest odsetek hemoglobiny, czasami trwająca kilka tygodni, ale poważna anemja może doprowadzić do powiększenia serca. Zmiana serca występuje dość często bo u 20 — 64% chorych. Według spostrzeżeń autorów, o ile lekki przerost serca jest bardzo częsty w przebiegu anemji złośliwej, to poważniejszy przerost, w którym waga serca przewyższa 400 — 500 gr. jest rzadki i nie przekracza 8 — 10%. Dotychczas zaburzenia sercowe tłomaczono sobie złem utlenieniem serca, jednakże nie wyjaśnia to sposobu powstania przerostu. Objawem ważnym dla wytłomaczenia wielkiego serca, na który dotychczas nie zwracano dostatecznie uwagi jest powiększenie się ilości krwi, wyrzucanej przez serce do obwodu. W miarę zmniejszania się ilości hemoglobiny objętość krwi wyrzucanej przez serce powiększa się, Hgl obniży się do 20%, objętość minutowa serca powiększyć się może o 300%, wynosząc 4 — 5 litrów w warunkach prawidłowych, dochodzi ona wtedy do 14 — 15 litrów. Powiększenie minutowej objętości serca nie jest w tych warunkach spowodowane przyśpieszeniem jego akcji, ale powiększeniem objętości skurczowej serca, t. j. ilości krwi wyrzucanej przy każdym skurczu do krwiobiegu. Rozszerzenie i przerost serca będzie więc następstwem powiększenia pracy serca, które przy każdym skurczu wyrzuca większą ilość krwi do obwodu. To ostatnie jest możliwe z powodu przyśpieszenia czynności serca, będącej również następstwem zmniejszenia hemoglobiny i grożącej tkankom z tego powodu anoxemji, której zapobiedz może jedynie przyśpieszenie krążenia, znajdujące swój wyraz w powiększeniu minutowej objętości serca. Duże serce z powodu anoxemji jest więc wytworem procesu wyrównawczego, który pomimo wyraźnego deficytu tlenowego, spowodowanego zmniejszeniem hemoglobiny zapewnia jednak tkankom normalne czynności oddechowe. Idąc dalej tym tokiem myśli należałoby może przypuszczać, że i w pewnych włóknistych sprawach płucnych przerost serca nie jest tylko wywołany utrudnieniem krążenia w płucach, które pociąga za sobą przerost prawej komory tylko, ale zaburzeniami utleniania krwi, które, trwając dyskretnie latami, doprowadzą w końcu drogą anoxemji do powstania przerostu serca całego. Przypuszczenie to jest szczególnie uzasadnione w cierpieniach płucnych połączonych z sinicą. W każdym razie zubożenie tlenowe krwi o ile dojdzie do pewnego stopnia, może wyzwolić mechanizm wyrównawczy, zapewniający pomimo to normalne utlenianie tkankom. Istotą tego mechanizmu wyrównawczego jest przyśpieszenie krążenia krwi, które, powiększając minutową objętość serca, obarcza to ostatnie większą pracą i doprowadza do jego przerostu i rozszerzenia.

O stosowaniu szczepionki przeciwwściekliznowej w leczeniu pewnych nerwobólów i migreny. (Sur l'emplie du virus - vaccin antirabique dans le traitement des certaines algies et de la migraine). Haguenau, Cruveilhier et Nicolau.

Bull. et Mem. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris. Nr. 16, 1934.

Autorzy stosują od dwóch lat szczepionkę przeciwściekliznową w leczeniu pewnych nerwobólów, stosując technikę, używaną przy leczeniu wścieklizny w Instytucie Pasteura. Chorzy otrzymują codziennie w ciągu 20 — 25 dni wzrastające dawki szczepionki. Ten sposób leczenia pozostał bez wyniku w przypadkach przewlekłego zapalenia stawu biodrowego i w sprawach stawowych kręgosłupa, neuralgje nerwu trójdzielnego, nerwobóle twarzy, niezależnie od ich pochodzenia, nie wykazały również żadnej wyraźnej poprawy. Natomiast korzystne wyniki stwierdzili autorzy w przypadkach rwy kulszowej i w pewnych przypadkach migreny uporczywej i bardzo długotrwałej, pewną poprawę stwierdzali także w przebiegu nerwobólów na tle wiądu rdzenia. Autorzy podkreślają poza działaniem miejscowem korzystny wpływ szczepionki na stan ogólny. Chorzy poprawiają się nietylko fizycznie, ale i psychicznie czują się lepiej, zmniejsza się zmęczalność, powiększa zdolność do pracy. Według autorów nie wynika to z działania bodźcowego szczepionki, gdyż działanie jej jest powolne, pozbawione jakiegokolwiekbądź rodzaju odczynu, któryby można uważać za odczyn bodźcowy.

Studjum krytyczne i doświadczalne nad działaniem dziesięciu środków obniżających ciśnienie krwi i nad ich wpływem na napięcie mięśnia sercowego. (Etude critique et experimentale de dix medicaments hypotenseurs et de leur action sur la tonicité myocardique). Loeper, Mougeot et Aubertôt.

Presse Médicale. Nr. 42, 1934.

Najczęstsze zejście nadciśnienia jest niewydolność mięśnia sercowego — z tego też względu należy wymagać aby środki stosowane przy zwalczaniu nadciśnienia nie działały szkodliwie na mięsień sercowy. Można stosować środki obniżające ciśnienie krwi tylko wtedy, gdy się jest pewnym, że nie wpłyną one szkodliwie na mięsień sercowy. Aby się przekonać o wpływie środków obniżających ciśnienie krwi, badali autorzy działanie następujących środków na izolowane serce ślimaka i na skrawki mięśnia tętnicy dogłowowej wołu: acetylcholina, wyciąg trzustki według Gleya i Kisthiniosa, hormon trzustki Santenoisa, sole kwasów żółciowych, chelidoninę, papawerynę, azotyny i bezwodnik kwasu węglowego. Acetylcholina jest szkodliwa dla mięśnia sercowego,

zmniejsza jego napięcie, zwalnia częstość serca. Wyciąg trzustki według Gleya i Kisthiniosa działa korzystnie, powiększając nieco napięcie mięśnia sercowego, nie wpływając zupełnie na jego rytm. Hormon trzustki według Santenoisa, zwany vagotoniną, działa jak wyciąg poprzedni, oba te wyciągi nie mogą zahamować niekorzystne działanie acetylcholiny. Sole kwasów żółciowych zmniejszają napięcie mięśnia sercowego czasami zatrzymują serce, jest to więc środek, którego działanie na serce nie jest pewne i raczej należy go unikać. Papaweryna nie wpływa na mięsień sercowy. Chelidonina zdaje się oddziaływać na nerwy, hamujące czynność serca. Alkohol kaprylowy obniża napięcie powierzchniowe krwi, zmniejsza opory w naczyniach obwodowych i tą drogą ma zmniejszać ciśnienie krwi. Nie wywiera on żadnego wpływu szkodliwego na mięsień sercowy, podobnie i azotyny nie mają działania szkodliwego. Kwas węglowy, jeżeli jest doprowadzony do serca drogą krwionośną, rozszerza naczynia wieńcowe serca i wzmaga napięcie mięśnia sercowego. Szkodliwie działają więc na mięsień sercowy acetylcholina, połączenia kwasów żółciowych i chelidonina, korzystnie zaznaczają się wyciągi trzustki pozbawione insuliny i kwas węglowy, doprowadzony drogą krwi.

O leczeniu nerwobólów promieniami Rentgena. (Sur le traitement radiotherapique des algies). H a g u e n a u, G a l l y e t L i c h t e n b e r g.

Presse Médicale. Nr. 27, 1934.

Spostrzeżenia autorów nie dotyczą się nerwobólów pochodzenia wtórnego, w których wskazane jest tylko leczenie przyczynowe, nerwobóle opisywane miały charakter samoistny. Autorzy podają dokładnie technikę naświetlań przyczem zaznaczają, że zwracali szczególnie uwagę, aby pole naświetlania było obszerne, dalej przepuszczali promienie przez płyty metali ciężkich, których promieniowanie łączy się z promieniami Rentgena. Całkowita dawka, wynosząca 3000 R, stosowana była w poszczególnych dość dużych dawkach po 500 R w trzy, czterodniowych odstępach, by przeszło zaostrzenie nerwobólów, które spostrzega się nieraz po dwóch lub trzech pierwszych naświetlaniach. Autorzy zwracali szczególną uwagę aby naświetlania odbywały się w lokalach o powietrzu bardzo czystem, przy odpowiedniej ciepłocie, w odległości 6 metrów przynajmniej od pola magnetycznego generatorów wysokiego napięcia, w zupełnej ciszy. Dolegliwości występujące czasami po naświetlaniach zwalczali autorzy przez podawanie adrenaliny i wyciągów jaborandum. Spostrzeżenia autorów dotyczyły się rwy kulszowej, nerwobólów splotów szyjno ramieniowych, nerwobólów twarzy, nerwobólów pourazowych i pooperacyjnych, wreszcie nerwobólów stopy, kości ogonowej, na tle półpaśca, nerwobólów na tle bujań kostnych.

Przy rwie kulszowej wyniki naświetlań promieniami R zależą od ich sposobu stosowania, w zależności od rodzaju rwy kulszowej. Przy t. zw. wysokiej rwie kulszowej bóle są jednostronne w okolicy lędźwiowej, występuje przykurcz mięśni krzyżowo lędźwiowych, skrzywienie kręgosłupa, który się uwypukla w kierunku strony chorej, wreszcie ból zjawia się przy ucisku 5 kręgu lędźwiowego. W tych przypadkach naświetlania powinny się odbywać na poziomie pierwszych korzonków krzyżowych. Przy t. zw. średniej rwie kulszowej bóle są najczęściej wywołane odczynem nerwu kulszowego na zajęcie stawu krzyżowo biodrowego i naogół występują w tej okolicy. Naświetlać powinno się więc okolicę stawu krzyżowo biodrowego. Nizka rwa kulszowa spowodowana jest zajęciem samego pnia nerwu kulszowego. Bóle występują w dolnych częściach kończyny, ucisk wzdłuż przebiegu nerwu kulszowego jest bolesny, jeżeli rwie kulszowej towarzyszy skrzywienie kręgosłupa, uwypuklenie jest skierowane w kierunku strony zdrowej. Naświetlania powinno się stosować na okolicę wycięcia kulszowego. Złe wyniki leczenia tak naświetlaniami promieniami R, jak i innemi miejscowemi zabiegami tłomaczą się przy rwie kulszowej tylko wadliwem miejscowem zastosowaniem wybranej metody leczniczej. Autorzy u swoich chorych otrzymali całkowite wyleczenie w 50% przypadków, poprawę w 22%, bez wyniku pozostałe leczenie u 28%. Przypadki leczone należały jednak do bardzo uporczywych, gdzie wszystkie poprzednie stosowane metody lecznicze zawiodły. Autorzy wnioskują, że naświetlania promieniami Rentgena należą do najbardziej skutecznych metod leczenia rwy kulszowej, jednakże uważają, że nie należy jej stosować w okresie ostrym, gdyż w tym czasie równie dobre wyniki można otrzymać metodami bardziej łagodnemi.

Postacie przewlekłe nerwobólu szyjnoramieniowego reagują również korzystnie na naświetlania promieniami R., jednakże naświetlanie powinno także stosować się tylko w postaciach przewlekłych, odpornych na działanie środków przeciwreumatycznych i przeciwbólowych i na działanie ciepła. Jednakże gdy te wszystkie środki zawiodą nie warto próbować i upierać się przy innych metodach fizykalnych w szczególności tak popularnej diatermji, gdyż najbardziej skuteczne okazują się jeszcze promienie R. W przebiegu nerwobólów twarzy, nerwobóle nerwu trójdzielnego reagują nieznacznie i słabo na naświetlania rentgenowskie, natomiast inne nerwobóle często zupełnie niejasnego i złożonego pochodzenia dają wyniki korzystne, podobnie i nerwobóle różnego umiejscowienia, ale występujące w następstwie zabiegów operacyjnych i urazów mechanicznych. Poprawę stwierdzono w 50 — 60% przypadku choroby Pageta. Wreszcie zwracają autorzy w przypadkach talalgji z ostrogą lub bez ostrogi kości piętowej i w przypadkach coccygodynji, korzystne wyniki otrzymali również w przypadkach bólów na tle bujań kostnych i w przypadku choroby Pageta. Wreszcie zwracają autorzy uwagę, że wyniki naświetlaniami Rentgena są długotrwałe, a wyleczenie często radykalne.

Próba podziału zapaleń nerek. (Un Essai de classification des nephrites). R a t h e r y e t F r o m e n t.

Presse Médicale. Nr. 27, 1934.

Podział autorów opiera się na 4 zasadach: 1) uszkodzenie nerek może doprowadzić do pewnych objawów chorobowych, a pomimo tego czynność nerek nie zostanie zmieniona. Tłomaczy to się tem, że tylko pewna część tkanki nerkowej będzie zmieniona, równocześnie zaś występuje zastępcze bujanie tkankowe. Drugą zasadą jest, że

poszczególne czynności nerki są od siebie niezależne, odrębne, zaburzenia ich będą więc naogół też nawzajem od siebie niezależne np. zapalenie nerek z zatrzymaniem chlorków może przebiegać bez zatrzymania azotu i odwrotnie. Trzecia zasada wykazuje, że zaburzenie nerkowe nie zawsze tłomaczy całkowicie i bezpośrednio zaburzenia, których może być przyczyną. Zmiany jednej lub kilku funkcyj nerkowych działają na czynności gruczołów i tkanek, a pochodzące ztąd zaburzenia wpływają bardzo znacznie na rokowanie i przebieg kliniczny cierpienia. Według czwartej zasady odróżnia się w cierpieniach nerkowych, zależnie od ich etiologji, dwa rodzaje: jedne, pochodzące od pierwotnego uszkodzenia nerek np. przy zatruciu rtęciowem, drugie, w których uszkodzenie nerki jest tylko wyrazem zaburzenia ogólnego. Autorzy opierają swój podział tylko na stanie czynności nerek, etiologja cierpienia nerkowego i wpływ zaburzeń nerkowych na czynności ustroju stoi w tym podziale na drugim planie. Odróżniają oni dwa rodzaje cierpień nerkowych t. zw. nefropatje proste, w których czynności nerek nie wykazują żadnych zaburzeń i cierpienia nerek , którym towarzyszą zaburzenia ich czynności. Podstawą więc podziału jest stan czynności nerek.

Wyrazem nefropatji prostej są pewne uszkodzenia nerki. W zależności od rodzaju uszkodzenia odróżnia się nefropatję białkową, która się zdradza tylko obecnością białkomoczu, do tej grupy należy białkomocz w początku chorób zakaźnych, białkomocz trawienny i czynnościowy np. albinuria ortostatyczna, nefropatję krwawą, której wyrazem jest tylko przejściowa nagle się zjawiająca i równie nagle ustępująca hematuria, wreszcie nefropatję, której towarzyszy nadciśnienie. W tej ostatniej postaci ilość moczu jest obfita, natomiast w moczu stwierdza się tylko nikłe ślady białka i badanie czynnościowe nerek nie wykazuje ani zaburzenia w gospodarce chlorowej, ani zaburzenia w gospodarce azotowej. Autorzy uważają, że nadciśnienie jest w tych przypadkach spowodowane mechanizmem, wyrównującym uszkodzenie nerki.

Do grupy drugiej należą zapalenia nerek z wyraźnem uszkodzeniem ich czynności. Ponieważ czynności wydzielnicze nerek są bardzo złożone i nie są dokładnie zbadane, używa się jako sprawdzianu dla oceny sprawności nerek tych czynności, które są najlepiej znane t. zn. wydzielania chlorków i azotu. Zapalenie nerek z obrzękami jest klinicznie typowym następstwem zatrzymania chlorków. Oprócz zatrzymania chlorków możliwe jest także, że wchodzi w tej formie w grę i zatrzymanie innych składników mineralnych jak K, Ca, P. Mg. Powstanie obrzęków w tej postaci zapalenia nerek zależy od uszkodzenia samej nerki, jednakże wchodzą tutaj w grę i czynniki inne, w pierwszej linji zatrzymanie chlorków przez same tkanki, pozatem zmiany naczyń włosowatych i procesy fizykochemiczne, które wikłają bardzo tłomaczenie powstawania obrzęków. Obrzękowe zapalenie nerek występuje w trzech postaciach, ostrej, podostrej i przewlekłej; najczęstszą z nich jest postać przewlekła. Klinicznie na pierwszy plan występują obrzęki oraz białkomocz, ilość moczu jest skąpa. Ciśnienie krwi, poziom azotu we krwi, wydzielanie ciał azotowych jest prawidłowe, natomiast wydzielanie chlorków wykazuje duże zaburzenia. Usunięciu chlorków z odżywiania wpływa zmniejszenie obrzęków i powiększenie ilości wydzielanego moczu. Najczęstszym powikłaniem tej postaci zapalenia nerek jest ostry obrzęk płuc i niewydolność krążenia. Najwyraźniejszym zaburzeniem czynności t. zw. suchego zapalenia nerek jest zaburzenie wydzielania ciał azotowych; stwierdza się stałą azotemje, oprócz tego podwyższenie poziomu kwasu moczowego i kreatyniny we krwi, jednem słowem wydzielanie ciał azotowych jest we wszystkich ich postaciach uszkodzone, często bardzo towarzyszy tej postaci zakwaszenie. Klinicznie towarzyszą tej postaci zapalenia nerek ogólne osłabienie, dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego, nudności, wymioty, chorzy skarżą się na swędzenie skóry, mają zaburzenia wzrokowe. I w tej formie odróżnia się postać ostrą i przewlekłą.

W klinice najczęściej spotyka się jednak połączenie obu postaci zapalenia nerek t. zn. zatrzymania chlorków z zatrzymaniem azotu. Typowym przedstawicielem tej formy jest rtęciowe zapalenie nerek. Czasami zatrzymanie chlorków jest t. zw. suche, w innych znowu przypadkach poziom chlorków we krwi będzie nawet obniżony, ale temu towarzyszyć może, choć nie musi, nagromadzenie chlorków w tkankach. W ostatniej postaci zapalenia nerek niezależnie od tego, czy jej towarzyszą, czy nie, obrzęki, rokowanie jest bardzo poważne. Naogół azotemia podnosi się coraz wyżej i chorzy giną albo z powodu następstw nadciśnienia, albo też z objawami mocznicy, będącej wyrazem ciężkiego zaburzenia wszystkich czynności nerki.

Autorzy podkreślają, że podany przez nich podział zapaleń nerek nie opiera się na zmianach anatomicznych, gdyż te same zmiany anatomiczne mogą być przyczyną różnych zaburzeń czynnościowych. Podział ten opiera się na danych fizjologji patologicznej i daje ścisłe kliniczne podstawy, ułatwiające rozpoznanie, rokowanie i leczenie.

Odczulenie czy przyzwyczajenie. (Desensibilisation ou accoutumance). Pasteur Vallery-Radot.

Presse Médicale. Nr. 30, 1934.

Dotychczas określano stan uczulenia chorych przy różnych sprawach anafilaktycznych za pomocą odczynów skórnych. Jednakże próba ta okazała się niewystarczającą. Autorzy stwierdzają, że chorzy poddani leczeniu odczulającemu najczęściej nie zostają odczuleni pod wpływem leczenia. Jeżeli chory taki po pewnym czasie zetknie się z ciałem, w stosunku do którego był uczulony często nie wystąpią żadne objawy kliniczne, jednakże w cieczach ustrojowych chorego znajdują się przeciwciała w stosunku do odnośnego antigenu, chory więc nie był odczulony. Autorzy pokazują na licznych przykładach, że chorych można odczulić w przypadkach dychawicy oskrzelowej, kataru siennego, nadwrażliwości pokarmowej, a jednak objawy skórne po wstrzyknięciu ciał uczulających pozostają, pomimo że znikły objawy kliniczne ich działania. W istocie w przypadkach tych niema się do czynienia z odczuleniem chorych, ale ze stopniowem przyzwyczajeniem ich ustroju do ciała, działającego początkowo szkodliwie. Nieraz jeżeli ustrój t. zw. odczulony po pewnym czasie zetknie się znowu z antigenem dla niego szkodliwym nagle i w całej

sile występuje nadwrażliwość kliniczna. Uczulenie było więc tylko zamaskowane, czasowo niewidoczne. Ustrój w tych przypadkach przez stopniowe zażywanie małych dawek ciała szkodliwego powoli się do niego przyzwyczaja, ale zachowuje swe przeciwciała jako stygmaty swego uczulenia. Gdy zniknie przyzwyczajenie przez wprowadzenie przerwy dłuższej w zetknięciu z danem ciałem, uczulenie wystąpi w całej mocy przy ponownem zetknięciu po dłuższej przerwie z ciałem szkodliwem. Należy więc uznać, że tak specyficzne jak i niespecyficzne metody odczulania są właściwie sposobami przyzwyczajenia ustroju; przez odczulanie niespecyficzne przyzwyczaja się ustrój do wstrząsów niezależnie od ich pochodzenia, przez odczulanie specyficzne przyzwyczaja go się do określonego ciała, działającego szkodliwie.

Działanie wyciągów śledziony na chorych cukrzycowych. (L'action des extraits de rate chez les diabétiques.) R a t h e r y, C o s m u l e s c o e t G r i g n o n.

Presse Médicale. Nr. 47, 1934.

Dawne badania *Richeta* i innych pokazały, iż usunięcie śledziony u psów wywołuje mniej lub więcej stałe powiększenie poziomu cukru wolnego i cukru białkowego. Autorzy badali u ludzi działanie wyciągów śledziony na cukier wolny i cukier białkowy, ponadto działanie wyciągów śledziony na wahania cukru we krwi po spożyciu glukozy, wreszcie wpływ tychże wyciągów na poziom cukru we krwi po wstrzyknięciu insuliny, połączonem ze spożyciem glukozy. Śródżylne wstrzyknięcie wyciągu śledziony wywołuje u chorych cukrzycowych spadek poziomu cukru wolnego, najsilniejszy po półtorej godzinie po wstrzyknięciu, naogół po 2 — 3 godzinach objaw ten znika; jednakże czasami spadek cukru może trwać dłużej. Poziom cukru białkowego obniża się również, szczyt tego obniżenia osiągnięty bywa już po pierwszej pół godzinie. Połączenie śródżylnego wstrzyknięcia wyciągu śledziony z próbą hyperglikemji, wywołanej przez spożycie glukozy opóźnia u cukrzycowych wystąpienie przecukrzenia krwi, ale zdaje się to przecukrzenie powiększać tak co do jego nasilenia, jak i co do czasu trwania. Połączenie śródżylnego wstrzyknięcia wyciągu śledziony z wstrzyknięciem insuliny oraz z próbą hiperglikemji przez spożycie cukru powiększa działanie insuliny. Autorzy wnioskują, że w pewnych przypadkach cukrzycy byłoby korzystne wyzyskać dodatni wpływ wyciągów śledziony na działanie insuliny. *Noel, Fiessinger* i *Cattan* przypuszczają na podstawie eksperymentalnej, że śledziona wytwarza ciało, niezależnie od insuliny, obniżające poziom cukru we krwi; jest to według tych autorów hormon drugiego stopnia.

Nosiciele laseczników Kocha bez zmian widocznych w płucach. (Les cracheurs de bacilles de Koch sans lésions apparentes). B e z a n ç o n, B r a u n e t M e y e r.

Presse Médicale. Nr. 37, 1934.

Autorzy zwracają uwagę, że istnieją przypadki, w których u osób nie wykazujących ani klinicznie, ani radiologicznie zmian w płucach stwierdza się w plwocinie laseczniki Kocha. Stan ogólny tych chorych jest naogół dobry i pozostaje takim przez długie lata, czasami z biegiem czasu zjawiają się w płucach dyskretne zmiany guzkowe lub też wytwarza się przewlekły nieżyt oskrzeli z dusznością. Badanie plwociny tych chorych zostaje naogół wykonane przez wzgląd na ich otoczenie, ich przeszłość, czasami z powodu gorszego samopoczucia ogólnego. Chorzy kaszlą i plują niewiele, czasami tylko po dłuższem szukaniu lub zastosowaniu homogeinizacji można znaleźć laseczniki. Autorzy zwracają uwagę, że często laseczniki stwierdza się u osób, które w dzieciństwie przeszły gruźlicę kostną lub gruczołową, u osób, mających klasyczny nieżyt oskrzeli, u którego podstawy często znajduje się gruźlica, wreszcie u dawnych chorych na gruźlicę, której jedynym śladem są laseczniki w plwocinie. Możliwość omyłki laboratoryjnej była w tych przypadkach wyłączona, stwierdzone laseczniki były jak wykazały dalsze badania lasecznikami Kocha typu ludzkiego. Autor zastanawia się czy te laseczniki, nie wywołujące objawów chorobowych, nie mają charakteru saprofitów, czy nie są one lasecznikami wyjściowemi „de sortie", które opisywano we krwi chorych cierpiących na inne choroby zakaźne. Jednakże fakt, że obrazy rentgenologiczne tych chorych nie wykazały żadnych zmian, niema o tyle znaczenia, iż możliwe jest, że zmiany były tak nieznaczne, iż nie uwidoczniały się w obrazie rentgenologicznym, zresztą wszak wiadomo jest, że czasami proces gruźliczy jest tak nikły, że nie widać go makroskopowo i tylko badanie mikroskopowe jest w stanie go wykazać. Możliwe jest także, że proces gruźliczy rozwija się drogą naczyń chłonnych i z tego powodu nie uwidacznia się w Rentgenie. U niektórych z tych chorych cierpiących na przewlekły nieżyt oskrzeli sprawa płucna miała charakter włóknisty, w tych przypadkach nie jest wykluczone, że w włóknistym szkielecie płuc znajdują się laseczniki, które wydostają się na zewnątrz, gdy dołączy się sprawa zapalna, która zresztą nieraz wywołuje u tych właśnie chorych krwioplucie. Wreszcie u chorych z wyleczoną gruźlicą, a także u tych, którzy przypuszczają, iż nigdy gruźlicy nie przechodzili, laseczniki mogą pochodzić z nieznacznych blizn, nie uwidaczniających się również za pomocą promieni Rentgena. Autorzy przyznają także możność istnienia gruźliczych nieżytów oskrzeli. Narzuca się pewne porównanie między krwioplucianii u osób, nie wykazujących żadnych widocznych zmian w płucach, a obecnością laseczników w tychże warunkach. Mniej lub więcej częste krwioplucie bez żadnych innych objawów wiąże się jednak z gruźlicą poronną, równolegle do tego jako podobny objaw można uważać obecność laseczników w plwocinie jako jedyną cechę gruźlicy. I wspomniane krwioplucia i izolowana obecność laseczników mają wreszcie jedną cechę wspólną — bywają wyzwolone przez procesy zapalne. Wstrzyknięcia surowicy, szczepionek, tuberkuliny, miesiączka u kobiet, wreszcie wszystkie inne czynniki, mogące sprzyjać rozwojowi stanu zapalnego zdają się być czynnikami nietylko wyzwalającemi krwioplucie, ale i wydzielanie laseczników w plwocinie. Czasami zjawiają się laseczniki w plwocinie całkowicie niespodziewanie przy ostrych sprawach płucnych niegruźliczej natury, laseczniki te same przez się nie zdają się mieć działania patologicznego i znikają z chwilą zakończe-

nia ostrej sprawy płucnej, w czasie której się zjawiły.

Spostrzeżenia te mają doniosłe znaczenie praktyczne. Przedewszystkiem u wszystkich osób podejrzanych nakazują one dokładne badania plwociny, zakładanie kultur i szczepienia świnkom morskim niezależnie od braku jakichkolwiekbądź zmian radiologicznych. Pod względem praktycznym położenie lekarza jest w tych przypadkach trudne. Pomimo obecności laseczników Kocha nie można uważać tych chorych — za chorych ciężkich, gdyż grozi to stworzeniem niepotrzebnego dramatu życiowego, mogłoby również spowodować tak dla jednostki, jak i dla odpowiedzialnych instytucyj niepotrzebnie ciężkie następstwa. Nie można także w tych przypadkach ludziom, cieszącym się naogół dobrym samopoczuciem i często znajdującym się w pełni działania przerwać i zabronić pracy, gdyż i tak przychodzą szybko do siebie, nie można także siać trwogi w otoczeniu. Trudność praktyczna polega na tem, że trzeba jednak chronić to otoczenie, szczególnie dzieci. Tylko dalsze badania mogą wskazać należny sposób zachowania się u osób, wydzielających laseczniki bez widocznych zmian w płucach.

E. Reicher.

CHOROBY DZIECIĘCE.

O niektórych zagadnieniach patologji dziecięcej opracowanych w r. 1933. (A propos de quelques sujets de pathologie infantile étudiés en 1933). E. Lesné.

Revue de Méd. Nr. 4. 1934.

a) Zapobieganie i leczenie kiły wrodzonej.

Zapobieganie kiły wrodzonej opiera się na fakcie ogólnie przyjętym: noworodek chory na kiłę rodzi się zawsze od matki również chorej na kiłę; dziecko ulega zakażeniu za pośrednictwem matki; ojciec odgrywa tylko rolę pośrednią — zakażając matkę.

Matka powinna więc być dokładnie leczoną przed i na samym początku ciąży; bowiem liczne i ciężkie zmiany chorobowe powstają u dziecka w czasie życia płodowego i ujawniają się klinicznie dopiero wtedy, gdy są już anatomicznie nieodwracalne.

Hochsinger i *Péhu* wykazali, że kiła kostna rozpoczyna się w V-m miesiącu życia płodowego; podobnie jest z większością zmian nerwowych i narządowych, na które późniejsze leczenie często jest bezskuteczne.

Kiła noworodka jest tym bardziej ciężką, im zakażenie matki jest bardziej świeże, oraz im bardziej powierzchownem było jej leczenie.

Leczenie kobiety chorej w czasie ciąży jest zasadniczym, podstawowym środkiem zapobiegawczym w stosunku do kiły wrodzonej noworodka. Niezależnie od daty zakażenia kiłą należy leczyć kobietę od samego początku ciąży; należy stosować leczenie współczesne, za pomocą wstrzykiwań neosalvarsanu i bizmutu (inne środki są niedostateczne) i przeprowadzić cykl leczenia na początku, w środku i przy końcu ciąży. Nawet w tych przypadkach należy przeprowadzić leczenie, w których poprzedzające leczenie kobiety trwało kilka lat i badanie kliniczne oraz biologiczne wypada negatywnie.

Po urodzeniu dziecka, nawet mimo braku u niego wszelkich objawów kiły, o ile zakażenie matki jest świeże i leczenie jej w czasie ciąży nie było kompletne, — należy bezwzględnie przeprowadzić leczenie u dziecka; leczenie powinno być aktywne i długotrwałe; zbyt małe dawki i zbyt krótkie leczenie zamiast pomóc mogą nawet reaktywować tylko utajone zakażenie.

Czas leczenia dziecka powinien trwać od 3 — 4 lat, oraz i później dziecko powinno być pod obserwacją lekarską. Nieoczekiwane wznowienia późnej kiły wrodzonej, częste zmiany późniejsze rozpadowe i marskie o przebiegu powolnym i utajonym (zmiany mózgowe, rozszerzenie oskrzeli) są nazbyt znane.

Leczenie noworodka z objawami kiły jawnej nie jest rzeczą łatwą; przy głębokich zmianach w narządach wewnętrznych rozpoczynanie leczenia od neosalvarsanu jest niebezpieczne. Autor podkreśla natomiast nieszkodliwość i skuteczność leczenia bizmutowego. Preparat bizmutu rozpuszczalnego w oliwie (bismutum campho-carbonatum) w dawce 5 milligrm. na kilo wagi (na tydzień) dawał autorowi doskonałe wyniki w leczeniu ciężkich postaci kiły wrodzonej; działanie jest mniej brutalne i trujące, niż arsenobenzolów. Po jednej lub kilku serjach bizmutowych, należy przejść do zwykłego leczenia neosalvarsanem. Niektórzy stosują obecnie (przeważnie poza granicami Francji) w leczeniu kiły wrodzonej u niemowlęcia wyłącznie stowarsol drogę doustną, w dawce od ½ — 1 centigrm. pro kilo i pro die.

b) porażenia błonicze doświadczalne i leczenie porażeń błoniczych u ludzi.

Uhry mógł wywołać u zwierząt za pomocą jadu błoniczego, niedostatecznie osłabionego formaliną — wszystkie postacie porażeń błoniczych spotykanych u człowieka. Objawy porażenia zależą od zapalenia nerwów (polyneuritis) ze zmianami wstecznemi. Porażenia występują wtedy, gdy krew chorego, który otrzymał surowicę przeciwbłoniczą zawiera znaczne ilości antytoksyny; porażenia i odporność wg. *Uhry* powstają współrzędnie. Wg. *Debré*, *Ramon'a* i *Uhry* działanie surowicy błoniczej na te zmiany nerwowe jest żadne. Krew w czasie pojawienia się porażeń obfituje w antytoksynę i trudno wyobrazić jaki może być wpływ nowej dawki surowicy. Niektórzy jednak sądzą *(Comby, Dufour, Cassonte, Roger)*, że ponowne podawanie surowicy przy porażeniach wywiera wpływ leczniczy. Opierając się wyłącznie na spostrzeganiu klinicznem trudno wnioskować o skuteczności surowicy, gdyż porażenia błonicze mają samoistną skłonność do cofania się po 40 — 45 dniach.

W praktyce spotykamy dwie ewentualności: albo chory z porażeniami błoniczemi, nie był leczony surowicą w okresie anginy błoniczej, albo porażenia wystąpiły pomimo leczenia surowicą. W pierwszym przypadku wg. autora należy wstrzykiwać surowicę, gdyż chory może jeszcze nie być uodpornionym; w drugim przypadku autor podziela zdanie *Debré* i *Grenet'a*, że podawanie surowicy nie jest uzasadnione. Autor sądzi, że można się także oprzeć na odczynie Schick'a; ujemny odczyn będzie wskazywał, że ustrój posiada dosyć antytoksyny, oraz że dalsze podawanie surowicy jest bezcelowe.

J. Wiszniewski.

CHIRURGJA.

Leczenie chorych na zaleganie moczu w pęcherzu wskutek guza gruczołu krokowego. (Le traitement des prostatiques distendus). M i g l i a r d i.

La Presse Méd. Nr. 49, czerwiec 1934 r.

Przewlekłe zaleganie moczu u chorych na guz gruczołu krokowego prowadzi nietylko do rozszerzenia pęcherza moczowego, ale również — i moczowodów, miedniczek nerkowych i kielichów, z następowem uszkodzeniem miąższu nerkowego i znacznem upośledzeniem czynności nerek. W przeciwieństwie do ostrego zupełnego zatrzymania moczu, przewlekłe zaleganie moczu jest powikłaniem bardzo poważnem i dającem niepewne rokowanie — ze względu na stan silnego zatrucia i znacznie zmniejszoną odporność na zakażenie u tego rodzaju chorych. Chorzy, cierpiący na przewlekłe zaleganie moczu, podają zwykle na pierwszem miejscu swoje dolegliwości z dziedziny zaburzeń w trawieniu, które to dolegliwości są następstwem jedynie zatrucia moczowego. Są wychudzeni, bladożółci, osłabieni, oddają często mocz, a pęcherz moczowy jest przepełniony i sterczy nad spojeniem łonowem.

Leczenie tego rodzaju chorych, o znacznie zmniejszonej odporności, musi być prowadzone z dużą ostrożnością i nie może być improwizowane. Opróżnienie pęcherza zgłębnikiem musi być przedsiębrane w warunkach maksymalnej jałowości i wykonywane bardzo powoli, aby nie wywołać dopęcherzowego krwawienia ex vacuo. Spoczątku cewnikuje się raz na dobę (nigdy nie opróżniając pęcherza całkowicie), później 2 razy na dobę, wreszcie — 3 do 4 razy; całkowite opróżnienie pęcherza jest dopuszczalne dopiero koło 15 dnia od początku leczenia i można wówczas założyć cewnik na stałe. Nawet pomimo stosowania takich ostrożności rozwija się tutaj nierzadko zakażenie, doprowadzające do zejścia śmiertelnego.

W trosce o znalezienie takiego sposobu leczenia chorych na przewlekłe zaleganie moczu, któryby był jaknajmniej niebezpieczny dla nich, przeprowadzone zostały następujące próby kliniczne: jedną grupę chorych leczoną tylko cewnikowaniem (cewnik na stałe), drugą — najpierw cewnikowanie, później — wytworzenie przetoki pęcherzowej (cystostomia), trzecią — wytworzenie przetoki bez uprzedniego cewnikowania.

W pierwszej grupie śmiertelność wyniosła 50%, w drugiej — 37%, w trzeciej — 17%. Dane powyższe przemawiałyby na korzyść wczesnego wytwarzania przetoki pęcherzowej.

Autor stosował w całym szeregu przypadków sposób Colombino, polegający na zapobiegawczem stosowaniu dożylnem 40% roztworu urotropiny (przeciwko zakażeniu) i 10% roztworu chlorku wapnia (przeciwko krwawieniom). Bezpośrednio przed założeniem choremu cewnika na stałe wstrzykuje mu się dożylnie 10 cm³ roztworu urotropiny i 10 cm³ roztworu chlorku wapnia (w jednej strzykawce); odpływ moczu przez cewnik reguluje się tak, aby zupełne opróżnienie pęcherza nastąpiło dopiero po 12 godzinach (przy zastosowaniu aparatu — jak przy lawatywie kroplowej). Następnie, wstrzykiwania chlorku wapnia, stosuje się dotąd, dopóki istnieje niebezpieczeństwo krwawienia dopęcherzowego (zwykle 2 — 3 dni), wstrzykiwania zaś urotropiny stosuje się dłużej, dotąd — dopóki poprawa w stanie chorego (spadek stężenia mocznika we krwi) nie umożliwi wykonania operacji wytworzenia przetoki pęcherzowej (cystostomia) jako ewentualnego przygotowania do operacji wyłuszczenia sterczu.

Stosując sposób powyższy, autor nie miał ani jednego powikłania zakażeniem śmiertelnem; wyniki ostateczne były bardzo dobre. Co się zaś tyczy sprawy rokowania w przypadkach przewlekłego zalegania moczu u „prostatyków", to złe rokowanie zależy nie tyle od samego podniesienia poziomu mocznika we krwi, co od jednoczesnego spadku zasobu zasad we krwi.

Objawy kliniczne w przebiegu ostrych schorzeń krtani. (Séméiologie des laryngopathies aiguës, non compris les traumatismes). C a u s s é.

La Presse Méd. Nr. 49, czerwiec 1934 r.

Objawy te dotyczą zarówno zaburzeń czynnościowych, jak i zmian anatomicznych. Te pierwsze polegają na: zaburzeniach głosu, oddychania, bólach, kaszlu, wykrztuszaniu plwociny i krwiopluciach.

Z a b u r z e n i a g ł o s u najbardziej typowe ze wszystkich zmian czynnościowych sprowadzają się bądź to do chrypki różnego nasilenia i odcienia, bądź też — zupełnego bezgłosu — (możności mówienia tylko szeptem); bezgłos może być stały lub przejściowy — przy wysiękach, zmęczeniu.

Z a b u r z e n i a w o d d y c h a n i u występują rzadziej od poprzednich i zupełnie niezależnie od nich. Duszność pochodzenia krtaniowego jest typu wdechowego (w przeciwieństwie do duszności tchawiczej, która ma charakter wdechowy i wydechowy), wdechowi towarzyszy jednocześnie opuszczanie się krtani, zapadanie się skóry w okolicy ponadmostkowej i odgłos charakterystyczny („oddech świszczący").

B ó l e: przy zwykłych zapaleniach krtani — są niewielkie, przy owrzodzeniach i ropniach — bardzo duże, szerzące się nieraz do okolicy ucha; są to przeważnie bóle samoistne.

K a s z e l jest napadowy, gwałtowny, „szczekający", towarzyszy mu łaskotanie w krtani.

W y d z i e l i n a — jest skąpa i niecharakterystyczna i może zawierać żyłki krwi; obfitsze krwawienie jest zawsze pochodzenia płucnego lub tchawicowo-oskrzelowego.

Zmiany anatomiczne w przebiegu ostrych schorzeń krtani sprowadzają się do wybroczyn podśluzówkowych, powierzchownych zmian śluzówki, obrzęku krtani, obecności błon rzekomych, owrzodzeń, ropowicy i ropnego zapalenia ochrzęstnej. Rozpoznanie tych zmian odbywa się na podstawie wyników badania lusterkiem krtaniowem.

W y l e w y k r w a w e p o d ś l u z ó w k o w e: silne przekrwienie, nacieczenie (pociągające za sobą niedowład strun głosowych), erozje — są to typowe objawy ostrego zapalenia krtani w przebiegu grypy, chorób wysypkowych, duru brzusznego i innych. U dzieci względnie łatwo dochodzi na tem tle do znacznego zwężenia głośni i objawów t. zw. dławca rzekomego, (pseudo — croup).

O b r z ę k k r t a n i — dotyczy zwykle jednej z następujących okolic: przedniej (zwróco-

nej w stronę języka) powierzchni nagłośni, fałdów nagłośniowo-nalewkowych i okolicy podstrunowej; same struny rzadko ulegają znaczniejszemu obrzękowi. Obrzęk krtani występuje w przebiegu ostrych chorób zakaźnych, zatruć (zwłaszcza jodem), choroby nerek; bywa też pochodzenia czysto naczynioruchowego (obrzęk Quinckego).

O w r z o d z e n i a i b ł o n y r z e k o m e — odróżnić tutaj maskropowo błonicę od dławca rzekomego (laryngitis pseudomembranacea) jest nieraz bardzo trudno.

R o p o w i c a k r t a n i — cechuje się zawsze gorączką, — silnym bólem i dusznością (wskutek znacznego obrzęku okolicznego); występuje w przebiegu grypy, anginy, ropnia okołomigdałowego i zranienia śluzówki obcem ciałem. Szczególnie ciężkim przebiegiem odznaczają się ropowice na tle ropnego zapalenia ochrzęstnej chrząstek krtani (grypa, angina i t. p.); zapalenie ochrzęstnej chrząstki nalewkowej i nagłośni daje ropnie wewnątrzkrtaniowe, chrząstki tarczowatej — ropnie zewnętrzne (podskórne).

Nieoperacyjne przypadki uchyłków gardlanoprzełykowych. (Les diverticules pharyngo — oesophagiens inextirpables). G r é g o i r e.

Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. Nr. 20, czerwiec 1934 r.

Przeciwwskazania do doszczętnego operowania uchyłków przełyku są naogół rzadkie; należą tutaj następujące przypadki: 1) uchyłki, nie sprawiające poważniejszych dolegliwości choremu — poza koniecznością skupienia uwagi w czasie samego aktu jedzenia (dotyczy to nawet czasami dużych uchyłków); 2) uchyłki zwyrodniałe rakowato (rak rozwija się zwykle z szyi uchyłka, w pobliżu jego ujścia do przełyku); 3) uchyłki, powikłane wtórnem zapaleniem otaczającej je luźnej tkanki łącznej i przyrostem ich ściany do sąsiednich narządów (w śródpiersiu) — peridiverticulitis adhaesiva. Ta ostatnia ewentualność zdarza się naogół rzadko, gdyż w przypadkach bardzo dużych nawet uchyłków do zrostów z otoczeniem zwykle nie dochodzi; to też nie wielkość uchyłka decyduje tutaj o powstaniu zrostów dokoła niego.

Mechanizm powstawania tego rodzaju zmian jest następujący. Ścianę uchyłka tworzy, jak wiadomo, śluzówka i tkanka podśluzowa przełyku, uwypuklające się nazewnątrz poprzez szczelinę pomiędzy mięśniami gardła i przełyku. Utworzony przez nie worek uchyłka nie posiada własności kurczenia się — stąd tendencja do zalegania w nim mas pokarmowych. Dopóki choremu — zapomocą pewnych ruchów ciała, głowy, nasilonego wydechu i skurczu odpowiednich mięśni szyi — udaje się opróżniać jako tako uchyłek z zawartych w nim mas pokarmowych, wszystko jest w porządku. Ale kiedy pokarmy te zaczynają tam zalegać i gnić, wówczas dochodzi do odcinkowej zgorzeli śluzówki zwykle w dnie uchyłka i do odczynowego zapalenia tkanek otaczających i następowych zrostów. Zrosty te unieruchamiają dno uchyłka w głębi śródpiersia i uniemożliwiają jego wyłuszczenie, gdyż stan tego rodzaju chorych nie pozwala zwykle na rozszerzenie ram operacji przez rozległe wycięcie żeber i mostka w celu udostępnienia śródpiersia. Pozostaje w tych przypadkach jedynie wykonanie przetoki żołądkowej (gastrostomia).

W pewnej liczbie przypadków można już przed operacją przewidywać obecność zrostów dookołauchyłkowych, opierając się w tym względzie na następujących dwu objawach: zapachu gnilnym z ust chorego (dowód zgorzeli śluzówki) i charakterystycznym obrazie rentgenowskim przy opróżnianiu się uchyłka z papki kontrastowej (nieprawidłowy jego zarys wskutek nierównomiernego obkurczania się jego ściany).

M. Czyżewski.

CHIRURGJA PLASTYCZNA.

Zupełna rekonstrukcja zewnętrznego ucha. (Technika oryginalna). A. G. B e t t m a n n-P o r t l a n d.

Rev. d. Chir. Plast. Nr. 1/1934.

Autor wskazuje na następstwa psychiczne spowodowane utratą ucha i na ogromne trudności pod względem technicznym przy jego rekonstrukcji. Podaje własną metodę do odnowienia całej małżowiny usznej, jak następuje:

Cięcie w przedniej ścianie małżowiny od dolnego kąta do kanału słuchowego. Cięcie przedłuża się w kącie prostym ku górze, przecina ono skórę i chrząstkę. Następnie wycina się płat skóry tej samej wielkości z policzka. Chrząstkę wraz z pokrywającą ją skórą odczepia się z przodu od części miękkich i umieszcza się ją powyżej i za ujściem kanału słuchowego.

Przyczepiona tym sposobem skóra małżowiny tworzy boczne i zewnętrzne pokrycie chrząstki, a płat skórny wzięty z policzka pokrycie wewnętrznej strony. Oba płaty zeszywa się następnie. Chrząstka pokryta cienką skórą pozostaje na miejscu.

Te same przeszczepienia chrząstki można wykonać na tylnej stronie małżowiny lub z obydwóch małżowin, jeśli potrzeba. Brzeg zewnętrzny małżowiny (helix) odnawia się zapomocą rurkowatego płata skóry z szyi.

Kilka uwag o transformacji przeszczepów chrząstkowych własnych. F. B u r j a n.

Praca daje pogląd na zmiany jakim podlegają przeszczepione chrząstki na podstawie doświadczeń kilkuset plastyk. Przy rozległych rekonstrukcjach szkieletu kostnego twarzy, szczególnie nosa, chrząstka z żeber jest materjałem z wyboru. W postaci masywnych lasek z ochrzęstną, przeszczepionych i przyczepionych do okostnej plastyka daje dobre i trwałe wyniki pod warunkiem, że przeszczepiony kawałek chrząstki jest zupełnie prosty (na co trzeba szczególnie zważać, gdy chodzi o dłuższe kawałki chrząstki, przyp. ref.).

W danym przypadku przeszczepić można również prosty kawałek żebra z części kostno-chrząstkowej, składającej się częściowo z kości i częściowo z żebra. Przy większych siodełkowatych nosach pożyteczne jest poprzedzające usunięcie ucisku i trakcji skóry za pomocą przejściowego umieszczenia protezy z kości słoniowej, ponieważ chrząstka mogłaby ulec skrzywieniu. Później do-

piero, kiedy protezy z kości słoniowej dłużej pozostawić nie można w organiźmie, należy ją zastąpić chrząstką.

Przy siodełkowatych nosach lekkiego stopnia można przeszczepić chrząstkę bez ochrzęstnej. Do małych poprawek nadają się przeszczepy z chrząstki małżowiny usznej lub czubka nosa.

Mimo możliwości skrzywienia się przeszczepów chrząstkowych i wynikającej stąd konieczności powtórnych zabiegów, wykluczają one jednak — po osiągnięciu zadawalającego wyniku kosmetycznego — późniejsze komplikacje, jak zropienie i wydalenie.

To jest przewagą ich w plastyce estetycznej nosa nad innemi środkami pomocniczemi. (Jednak ich ujemną stroną jest konieczność wykonania dwóch zabiegów: 1) wyjęcia chrząstki z innego miejsca ciała, 2) przeszczepienia jej w miejscu zniekształcenia oraz niebezpieczeństwo całkowitego lub częściowego wchłonięcia przeszczepionej chrząstki przez organizm, przyp. ref.).

Usunięcie zrostów palców za pomocą wkładki z naskórka. (Epithelial inlay). J. F. S. E s s e r i R a o u l .

Wielkie trudności w leczeniu zrostów palców polega na niemożliwości pokrycia ran, powstałych po rozcięciu palców, skórą z sąsiedztwa. Trudności te można usunąć zapomocą przeszczepów własnych. Wszystkie metody dotąd stosowane jednak są skomplikowane i trudne i z tego powodu dają wyniki rzadko zadawalające. Często powstają znów blizny i zrosty, które utrudniają swobodne ruchy palców.

Metoda, którą podał autor znana pod nazwą „wkładki z naskórka'' różni się od wszystkich swoją prostotą i dobremi wynikami. Jest ona następująca:

Wydatne rozcięcie zrośniętych palców. Po dokładnem zatamowaniu krwawienia wykonuje się dokładny odcisk rany za pomocą masy „stent" używanej przez dentystów, dezynfekowanej poprzednio w sublimacie. Według badań autora materjał ten nie zawiera wewnątrz żadnych bakteryj.

Po dezynfekcji zanurza się stent w wodzie gorącej, przez co staje się miękki i podatny do wykonania dokładnego odcisku rany. Po stwardnieniu pokrywa się boczne i dolne ściany odcisku płatem Thierscha w ten sposób, że strona zewnętrzna płata przylega do masy, natomiast strona krwawa odwrócona jest na zewnątrz. Odcisk wraz z naskórkiem umieszcza się pomiędzy palcami, gdzie przylega dokładnie do powierzchni rany i przyciska płat Thierscha do wszystkich nierówności wywierając wszędzie równy nacisk zapobiegający powstaniu wysięków i ułatwiający zupełne przyrośnięcie przeszczepionego naskórka bez ziarniny. Metodę powyższą można stosować do wszystkich przypadków zrostów palców obojętnie jakiego rodzaju są zrosty pod względem anatomicznym.

Leczenie plam przerosłych i rozległych za pomocą skrobania. V. K a r f i k.

(Praca z Zakładu Chirurgji Plastycznej i Estetycznej w Pradze).

Rozległe przerosłe plamy (naevi pigmentosi) są wielkiemi kosmetycznemi wadami, lub przeszkodami mechanicznemi, jeśli umiejscowione są w fałdach skórnych. Powodują one nieznośną woń zpowodu rozkładu, tak, że wykluczają chorego z życia towarzyskiego. Autor oświetla teorję Sambergera, który widzi w tych nowotworach zanikłe funkcje skóry pochodzące z dalekich epok rozwoju rasy ludzkiej.

Do leczenia zastosował *Burjan* skrobanie opierając się na usuwaniu naskórka według *Olliera-Thierscha* za pomocą brzytwy lub noża transplantacyjnego. Tem sposobem leczony przypadek demonstrowany jest na kilku fotografjach.

Rekonstrukcja zewnętrznego ucha. G. W. W a r r e n P i e r c e.

(Tow. Chirurgji Plastycznej i Odnawiającej w Nowym Yorku, Zjazd 16 — 18/X. 1933).

Rekonstrukcja zewnętrznego ucha nie dała dotąd zadawalających wyników. Rzeczą najważniejszą jest, aby obie małżowiny miały tę samą wielkość, odstawały od czaszki pod równym kątem i posiadały równe kształty. Wszystkie inne drobniejsze szczegóły zbliżające się do budowy normalnego ucha są nieosiągalne.

Metoda autora jest następująca: Pod skórę otaczającą ujście kanału słuchowego t. j. powyżej ujścia wszczepia się 3 laseczki chrząstek z żebra, różnej długości. Po 4 tygodniach wycina się ze skóry otaczającej ujście płat zawierający laseczki chrząstkowe. Z tyłu pokrywa się płat naskórkiem wziętym z innego miejsca, tak, że równocześnie tworzy się podstawę małżowiny pokrytą z obu stron naskórkiem. Brzeg zewnętrzny małżowiny odnawia się zapomocą rurkowatego płata skórnego z okolic obojczyka. Drobniejsze szczegóły budowy małżowiny tworzy się mniejszemi kawałkami chrząstki wziętemi z rezerwy umieszczonej pod powłokami ciała podczas pierwszego zabiegu.

Powyższem sposobem naprawić można wrodzone oraz nabyte zniekształcenia ucha po nieszczęśliwych wypadkach.

Leczenie świeżych oparzeń. F r e d e r i c W. B a n c r o f t.

(Tow. Chirurgji Plastycznej i Odnawiającej w Nowym Yorku. Zjazd 16 — 18/X. 1933).

Zadania są następujące: 1) zmniejszenie śmiertelności, 2) zmniejszenie bólu, 3) skrócenie czasu niezdolności do pracy, 4) usunięcie niebezpieczeństwa zniekształcenia przez nadmierne tkanki zbliznowaciałe.

Autor posługuje się następującą metodą, jeśli niema niebezpieczeństwa życia: Oczyszczenie skóry mydłem, alkoholem i eterem celem zdjęcia z górnej warstwy skóry pęcherzyków. Następnie okłady z 5% rozczynu acid. tannicum, co pół godziny przez jedną dobę. *Welles* polecił nawet kąpanie chorego natychmiast po przyjęciu w tym rozczynie. Kąpiel czy okłady z acid. tannicum zmniejszają uraz i bóle i tworzą mocniejsze blizny, które pokrywają się nabłonkiem z gruczołów potowych. Niebezpieczeństwo jednak istnieje w możliwości powstania zakażenia pod utworzonym nabłonkiem z wynikiem śmiertelnym — jeśli się nie usuwa zawczasu nabłonka.

Późniejsze wypadki śmierci powstają z powodu zatrucia krwi po nadmiernej utracie soli ku-

chennej i płynów. Dla tego należy każdemu ciężko choremu podawać sól „per os” i dożylnie. Najważniejsze objawy niedomagania korowego i późniejszego zatrucia krwi są:

1) Anhydremja (procent hemoglobiny podnosi się do 150%). 2) Obniżenie ciśnienia krwi. 3) Zmniejszenie koncentracji soli kuchennej we krwi. 4) Owrzodzenia dwunastnicy i jelit (zapalenie krwawe jelit).

Jeżeli powstaje zakażenie pod strupami, należy wyciąć błonkę lub usunąć ją wilgotnemi okładami. Strupów nie należy odrywać zbyt wcześnie ze względu na możliwe krwawienie i zakażenie.

Gdy chodzi o oparzenie 3-go stopnia, należy po zluźnieniu strupów przeszczepić w ziarninę wysepki skórne według Davisa, które mają wysoki procent przyjęcia się — obniżający się jednak znacznie w tkance zbliznowaciałej.

Wtórną anemję towarzyszącą tym przypadkom leczy się głównie pobytem na świeżem powietrzu i małemi dawkami transfuzji krwi. Pokrycie ran nabłonkiem przez to przyśpiesza się również.

Autor stara się zawsze o jaknajrychlejszą epitelizację, przykurcze leczy zawsze później.

Obserwacje rentgenologiczne stanów anormalnych klatki piersiowej pod kątem widzenia wskazań do interwencyj chirurgicznych. L. L. Le Wald.

(Tow. Chirurgji Plastycznej i Odnawiającej w Nowym Yorku. Zjazd 16 — 18/X. 1933).

Kwestja operacyj niektórych wrodzonych lub nabytych stanów anormalnych klatki piersiowej często zależy od wyników badań rentgenologicznych. Autor wymienia kilka przypadków próbnych punkcyj bez poprzedniego badania rentgenologicznego, które były powodem rozedmy podskórnej. Jeden przypadek skończył się śmiercią pacjenta. W innych przypadkach, mianowicie w przepuklinie przepony brzusznej nakłuto jamę brzuszną.

Z powyższych powodów badanie rentgenologiczne przez doświadczonego rentgenologa wydaje się koniecznem przed każdym zabiegiem na klatce piersiowej. Autor przedstawia kilka wyników tych badań: 2 przypadki wrodzonego braku lewej części przepony brzusznej, 2 przypadki żołądka piersiowego, 1 przypadek pęknięcia przepony brzusznej, które dawało złudzenie przepukliny, 1 przypadek torbieli skórzastej klatki piersiowej (z samoistnem wypróżnieniem), 1 przypadek ropniaka podprzeponowego, który mylnie rozpoznany był jako rozedma płuc oraz 2 przypadki prawostronnej przepukliny przepony.

Dermatologiczny punkt widzenia w chirurgji plastycznej. J. J. Eller.

(Tow. Chirurgji Plastycznej i Odnawiającej w Nowym Yorku. Zjazd 16 — 18/X. 1933).

Dermatolodzy powinni przy leczeniu różnych schorzeń i zniekształceń skórnych nietylko pamiętać o wynikach kosmetycznych swego leczenia, lecz również zdać sobie sprawę o możliwościach chirurgji plastycznej i wynikach tych operacyj. Współpraca z chirurgiem plastykiem jest nawet konieczną, jak naprzykład przy usuwaniu schorzeń rakowatych wargi dolnej, keloidów, naczyniaków i t. p. Z ostatnich reagują małe, jamiste doskonale na rad. natomiast szerokie i większe wymagają interwencji chirurgicznej. Również leczyć można małe znamiona wrodzone śniegiem, elektrolyzą i t. d., lecz szerokie leczy się najlepiej za pomocą wycięcia i transplantacji skóry. Natomiast znamiona ciemnoniebieskie należy zawsze leczyć radykalnie, sposobem chirurgicznym, przez rozległe wycięcie, jeśli mają tendencję do rozrastania się lub znajdują się w okolicach narażonych na uraz.

Niektóre rzadko uwzględniane punkty widzenia chirurgji plastycznej. J. W. Maliniak.

(Tow. Chirurgji Plastycznej i Odnawiającej w Nowym Yorku. Zjazd 16 — 18/X. 1933).

Zawód lekarski popełnia błąd, jeśli nie uznaje chirurgji plastycznej za odrębną specjalność lekarską. Błąd ten jest przeszkodą szybkiego rozwoju tej gałęzi wiedzy lekarskiej. Zresztą i inne specjalności napotykały na podobne przeszkody w początkach swoich, a rozwój ich datuje się dopiero od chwili usunięcia ich.

Chirurgja plastyczna wymaga dużo zmysłu artystycznego, zupełnego opanowania techniki chirurgicznej. W Ameryce istnieje dotąd tylko szkoła „Undergraduate Medical School”, w której wykłada się zasady chirurgji plastycznej. Na kursach dokształcających zaznajamia się studentów również z celami i znaczeniem chirurgji plastycznej, lecz kursy te są nieregularne i niesystematyczne. W kilku szpitalach urządzono specjalne oddziały dla chirurgji plastycznej.

Medycyna oficjalna dotąd uczyniła mało dla tej gałęzi wiedzy lekarskiej. Dotąd nie ma żadnego państwowego stowarzyszenia, które służyć mogłoby za forum do wymiany zdań i doświadczeń oraz do wyjaśnienia kwestyj spornych.

Nieuznanie chirurgji plastycznej ośmiela niedoświadczonych i niezdolnych. Ponieważ niema fachowych doradców wykonywuje chirurgję plastyczną każdy bez względu na konieczne zdolności. Chirurgja ta jest specjalnością odrębną, nawet jeśli dotyczy naprawiania defektów oczu, nosa lub innych części ciała.

Obojętność organizacyj lekarskich dla chirurgji plastycznej odzwierciadla się w poglądach lekarzy ogólnych, którzy rzadko rozumieją znaczenie psychiczne zniekształceń. To ułatwia w znacznym stopniu rozwój partactwa. Ponieważ często niema współpracy z lekarzem domowym, szukają pacjenci porad w zakładach kosmetycznych i ogłoszeniach reklamowych prasy.

Oficjalne uznanie chirurgji plastycznej oszczędziłoby społeczeństwu dużo pieniędzy, które dotąd płaci corocznie na poczet ubezpieczeń od wypadków w pracy zawodowej lub w innych okolicznościach.

Ogólne uznanie prawa zniekształconych do chirurgji plastycznej stworzyłoby dla lekarzy szerokie pole działalności oraz placówki naukowe dla wszystkich tych, którzy poświęcić chcieliby się tej gałęzi wiedzy lekarskiej.

(W Czechosłowacji ustawa z dnia 29 kwietnia 1932 r., o specjalizacji lekarzy, uznała już chirurgję plastyczną za odrębną specjalność chirurgiczną i wyznaczyła czas specjalizacji lekarzy w tej dziedzinie na okres 5 lat, przyp. ref.).

Dr. Michałek-Grodzki.

CHOROBY KOBIECE, POŁOŻNICTWO.

Wytworzenie sztucznej pochwy z pomocą błon płodowych donoszonego jaja. (Création d'un vagin artificiel a l'aide des membranes ovulaires d'un oeuf a terme). B r i n d e a u.

Gynécol. Obstétr. T. XXIX, Nr. 5, maj 1934 r.

Autor zastosował błony płodowe uzyskane drogą cięcia cesarskiego do pokrycia ścian sztucznie utworzonej pochwy z dobrym wynikiem.

Dziewczyna 19-to letnia normalnie zbudowana miewa miesiączki od 13 roku życia regularnie bez bólów, lecz krew wydostaje się j e d y n i e w czasie oddawania moczu. Badaniem stwierdza się normalnie rozwinięte wargi większe, wargi mniejsze zlepione ze sobą. Po oddzieleniu tych ostatnich można stwierdzić o 1½ cm. ponad odbytem otwór mały o brzegach gładkich. Cewnik wprowadzony do tego otworu kieruje się ku spojeniu łonowemu i po przejściu 2 — 3 cm^3. wchodzi do pęcherza; wycofawszy się nieco wprowadzić można rozszerzacz Hegara do otworu pochwy, która ma głębokości około 1 cm.

Operacja: Cięcie poprzeczne w okolicy opisanego wyżej otworka, poczem palec wpada w zagłębienie pokryte jakby śluzówką pochwową.

Bezpośrednio stamtąd wchodzi się do pęcherza, tak że niemożliwością jest odnaleść szyjkę macicy. Wobec tego znowu na ostro rozpoczęto poprzecznie rozdzielać pęcherz od prostnicy, kończąc je na głębokości około 5 cm. Jamę powyższą pokryto woreczkiem z błon płodowych i wytamponowano.

W momencie opuszczania szpitala można było wprowadzić Hegar Nr. 28 do nowowytworzonej pochwy.

W dalszym przebiegu wytworzyło się rozszerzenie cewki i w związku z tem nietrzymanie moczu przy wysiłku, prawdopodobnie na skutek nieumyślnego trafiania rozszerzadłem Hegara do cewki w czasie zaleconych jej prób rozszerzenia nowowytworzonej pochwy.

Po kilku miesiącach stan się znacznie poprawił, tak pod względem oddawania moczu, jak szerokości i niebolesności pochwy.

Leczenie przetok pęcherzowych nie nadających się do operacji zapomocą całkowitego wyłączenia dolnych dróg moczowych. (Les grandes fistules vésicales irréparables: traitement curatif par exclusion totale des voies urinaires inférieures). G a r r i g a R o c a.

Gynécol. Obstétr. T. XXIX, Nr. 5, 1934 r.

Autor proponuje nowy sposób postępowania leczniczo - operacyjnego dla przypadków przetok pęcherzowych nie nadających się do dotychczasowych metod operacyjnych.

Zasada tej nowej operacji, zwanej c y s t o t o m i a h y p o g a s t r i c a d u r a b i l i s, czyli nacięcie pęcherza podbrzuszne trwałe, polega na dokładnem zeszyciu przetoki po przez Sectionem altam i na pozostawieniu otworu nad spojeniem łonowem na stałe.

Na wstępie autor przypomina, że za wyleczenie przetoki pęcherzowej uważać można stan, w którym nie tylko usunięto połączenie pomiędzy pęcherzem a drogami rodnemi, ale także zapewniono możność dowolnego trzymania moczu. Warunkiem tego ostatniego postulatu jest sprawnie działający zwieracz pęcherza.

To też jeśli chodzi o przypadki, w których ubytek tkanki dotyczy trójkąta pęcherzowego, jego szyjki i cewki, to wypadnie wykonać: a) zamknięcie przetoki, b) odtworzenie cewki, c) połączenie nowowytworzonej cewki z pęcherzem, d) odtworzenie zwieracza cewki.

Powyższy szereg operacji jest praktycznie niewykonalny, to też zrozumiałe jest, że lekarz szybko rezygnuje z dalszych prób i ucieka się do t. zw. kolpocleisis (zamknięcie pochwy i wytworzenie z jej górnej części ściany pęcherza). Operacja ta odbiera możność stosunków płciowych, odbiera zdolność płodzenia, powoduje szereg zaburzeń psychicznych, a w ostatecznym wyniku daje zakażenie dróg moczowych i zejście śmiertelne.

Lepszemi niekiedy okazują się protezy, zwłaszcza podana przez *Becero*, która zasadą swą przypomina zasadę Kolpocleisis, lecz może być zmieniana i oczyszczana, co stanowi znaczną jej wyższość.

Technika operacji Garriga'i polega na: a) otwarcia przestrzeni Retzius'a, b) oddzielenie pę-

cherza moczowego aż do pochwy, c) uchwyceniu dna pęcherza, d) odpreparowaniu na tępo lub na ostro zrostów rozmieszczonych dookoła przetoki, e) odcięciu pęcherza od pochwy na wysokości przetoki, f) zeszyciu pochwy z pozostawieniem niewielkiej przestrzeni nad spojeniem dla sączkowania, g) odepchnięciu pęcherza ku tyłowi, tak żeby można było obejrzeć ujście moczowodów (uprzednio wstrzykuje się błękit methylenu domięśniowo), h) zeszyciu brzegów pęcherza tak aby dawna ściana dolna stała się przednią, a przednia — górną, i) przyszyciu brzegów pozostawionego otworu w pęcherzu do skóry w odległości 3 cm. ponad spojeniem łonowem, j) założeniu cewnika na stałe.

W drugim tempie operacyjnym po 20 dniach należy: a) odciąć nadmiar ściany pęcherza, b) obszyć mm. pyramidales dookoła nowowytworzonej przetoki pęcherzowej, c) założyć cewnik Nelatona na 4 dni.

Autor opisuje następnie dwa przypadki operowane według powyższej metody z dobrym wynikiem. Czas obserwacji w obydwu nie przekracza roku.

Autor omawia na zakończenie obszernie zalety i wady swej operacji, co jednak ze względu na zbyt nikłą ilość obserwacji i zbyt krótki ich czas wydaje się przedwczesne.

W sprawie wywoływania porodu. (A propos de l'accouchement provoqué). S p i e s i T., P. P a s t i e l s i R. S t r a e t m a n s.

Rev. franç. Gynécol. T. 29, str. 245, 1934.

W 14 przypadkach przedwcześnie i tyluż — na czasie wywołano czynność porodową zapomocą wprowadzenia pomiędzy ścianę macicy a błony płodowe sondy (bougie) gumowej. Sonda ta jest długości 31 cm., na końcu zaopatrzona jest w oliwkę, i w najszerszym miejscu ma 24 mm. grubości. Po wyjałowieniu w autoklawie lub zapomocą gotowania wprowadza się ją pod kontrolą wzroku, nastawiwszy uprzednio we wzierniku część pochwową, uchwyconą kleszczykami Museux.

W czasie tego zabiegu nie powinna odpłynąć ani kropla krwi, czy wód. Na zakończenie tamponuje się pochwę gazą jodoformową i zakłada przepaskę w kształcie litery T. Trudności technicznych przy wprowadzeniu, ani też krwawień i naderwania błon płodowych nie spostrzegano. Przeciętnie w 8 godzin po założeniu sondy występowały bóle, a w 22 godziny po tym zabiegu następował (przeciętnie) poród. Na 28 przypadków zaledwie w jednym nie udało się wywołać czynności porodowej, co stanowi około 4% zawodów. Dzieci urodziły się wszystkie żywe, poza jednym, urodzonym z matki kiłowej, która już miała 4 martwych dzieci.

Wszystkie matki wyszły zdrowe. U jednej z nich wywoływano 4-ro krotnie poród sztucznie, zawsze z dobrym wynikiem i to po dawniej wykonanym cięciu cesarskim.

Zaletę omawianej metody jest doprowadzenie do porodu per vias naturales, natomiast zaletą cięcia cesarskiego jest uzyskanie zupełnie donoszonego dziecka. Niestety jednak cięcie cesarskie daje tylko wynik bezpośredni, natomiast dla przyszłości położniczej kobiety jest ciężkim urazem. Zakładanie zaś sondy powtarzać można tyle razy, ile potemu zajdzie potrzeba.

Środki lekarstwowe wywołujące ciążę, dają wynik zaledwie w 50% przypadków i. nie mówiąc już o licznych przeciwwskazaniach. nadają się tylko dla ciąży donoszonej. Główny zarzut teoretyczny podnoszony przeciwko zakładaniu sondy. a mianowicie niebezpieczeństwo zakażenia, jest praktycznie niesłuszny, jeśli sondę zakłada się pod kontrolą wzroku i ściśle przestrzegając aseptykę.

Wskazania ogólne do rentgenowskiego leczenia mięśniaków macicy. (Indications générales de le roentgenthérapie dans les fibromes). D a n i e l G.

Bull. Soc. Radiol. méd. Franç. T. 22, str. 137, 1934 r.

W referacie swym, wypowiedzianym na posiedzeniu Towarzystwa radiologicznego, autor powtarza znane naogół poglądy w sprawie rentgenowskiego leczenia mięśniaków macicy, podkreślając jednocześnie, że duże rozmiary guzów nie są przeciwwskazaniem do tego rodzaju leczenia.

W dyskusji *Lamarque, Amalric, Drevon, Huguet, Paschetta* zgadzali się naogół z wywodami referenta, jedynie *Huguet* podkreślił, że naświetlanie w przypadkach mięśniaków działać ma przedewszystkiem na jajniki, natomiast zwyrodnienie samej tkanki guza odbywa się jednakowo w mięśniaku naświetlanym, jak w nienaświetlanym (po przekwitaniu).

Wycięcie torbieli jajnika zawierających ciałko żółte ciążowe. (Extirpation de kystes de l'ovaire portant le corps jaune de la grossesse). S c h o c k a e r t R.

Bull. Soc. belge Gynéc. T. 9, str. 262, 1933 r.

Pogląd *Fraenkel'a* o konieczności zachowania ciałka żółtego dla utrzymania ciąży, oparty na doświadczeniach na zwierzętach (królikach) okazał się w późniejszem doświadczeniu kliniki ludzkiej błędnym.

Stwierdzono mianowicie, że pomimo wycięcia ciałka żółtego ciążowego i to w rozmaitych okresach ciąży, dobiegała ona do szczęśliwego końca.

Obecnie autor, który jeszcze w r. 1911 donosił o przypadku donoszenia ciąży pomimo usunięcia w II miesiącu ciałka żółtego — podaje jeszcze 5 przypadków, w których usunięto ciałko żółte ciążowe wraz z torbielą jajnika, i w których ciąża dobiegła szczęśliwie końca. 2 z tych przypadków były w II mies. ciąży, pozostałe — od III — V mies.

W jednym przypadku usunięto w V mies. ciąży obydwa jajniki bez wpływu na przebieg tejże. Autor przypuszcza, że wydzielina łożyska zastępuje brak hormonu ciałka żółtego (Progestin'y) w utrzymaniu doczesnowych przemian śluzówki.

Badania doświadczalne nad hormonem gonadotropowym w nabłoniakach szyjki macicy. (Recherches experimentales sur l'hormone gonadotrope dans les épithéliomes du col utérin). C o r n i l L. i A. E s c a r r a s.

Comptes r. Soc. Biol. Paris. T. 115, str. 605, 1934.

W 25 przypadkach raka szyjki macicy badano mocz na obecność hormonu gonadotropowego

na królicach. W 13 przypadkach uzyskano wynik dodatni: punkty krwawe w jajnikach, przekrwienie narządu płciowego; w 7 przyp. wynik był wątpliwy, w 5 — ujemny.

W przebiegu klinicznym przypadków reagujących dodatnio nie zauważono żadnych różnic w porównaniu z innemi przypadkami, natomiast w obrazie mikroskopowym zaznacza się przewaga raków z komórek podstawowych.

10 przypadków raków o innem umiejscowieniu reagowało naogół ujemnie, jedynie przypadek raka odbytnicy dał wynik wątpliwy.

Wyczekiwanie w porodzie i sposoby określenia jego granic. (L'épreuve du travail et les moyens d'en preciser les limites). K o e n i g R.

Rev. franç. Gynéc. T. 29, str. 661, czerwiec, 1934.

Zagadnienie wyczekiwania w porodzie i jego granic jest tak stare, jak położnictwo, ale od czasu do czasu nabiera szczególnej aktualności, zwłaszcza w okresach, kiedy jakiś nowy kierunek leczniczy pojawia się w położnictwie.

W swoim czasie powodem do takiej aktualizacji omawianego zagadnienia był spór pomiędzy *Pinard'em*, stronnikiem wyczekiwania, a *Budin'em* i *Tarnier'em*, stronnikami sztucznego porodu przedwczesnego w ścieśnieniach miednicy, względnie — *Bar'em*, zalecającym w tych przypadkach profilaktyczne cięcie cesarskie. Obecnie, w dobie szerokiego rozpowszechnienia cięcia cesarskiego, sprawa granic wyczekiwania w prowadzenia porodu jest nader bardzo aktualna, zwłaszcza kiedy metoda cięcia cesarskiego w dolnym odcinku pozwoliła w pewnym stopniu na połączenie wyczekiwania z rozwiązaniem operacyjnym przez cięcie brzuszne.

Rozmaite objawy i znaki próbowano uznać za decydujące w stawianiu rokowania w porodzie; zawiodło jednak tak mierzenie miednicy, jak próby określenia wielkości główki płodu, a niewiadomemi pozostają nadal podatność części miękich, siła skurczów macicy i co najważniejsze zdolność adaptacyjna główki.

Ważnym objawem dla rokowania w porodzie jest wystawanie przedniej części główki ponad spojenie łonowe: *Ed. Martin* i *Stoeckel* przywiązują temu objawowi tak wielkie znaczenie, że stwierdziwszy go decydują się odrazu na cięcie cesarskie. Autor uważa stanowisko to za zbyt uogólniające, ale również przywiązuje wielką wagę do omawianego objawu, stawiając go znacznie wyżej od zmniejszonych wymiarów miednicy.

Czas trwania porodu był jednym z najdawniej uznanych wskaźników do ukończenia porodu. W nowoczesnem położnictwie kwestja długotrwałości porodu jest rozmaicie komentowana. *Döderlein* rzuca hasło: „nie powinno nad rodzącą dwukrotnie zajść słońce". Autor uważa jednak zasadę taką za niebezpieczną w skutkach, gdyż mogłaby być przyczyną do niepotrzebnej i szkodliwej dla rodzącej interwencji położnika. To też większość położników francuskich nie widzi w czasie trwania wskazówki do kończenia porodu, lecz raczej w t. zw. próbie porodu orjentuje się jego postępem, wielkością rozwarcia, i czasem pęknięcia pęcherza.

Ostatnio *Walthard,* wraz ze swym uczniem *Frey'em* (w Zurychu) oparli rokowanie w porodzie na mierzeniu ilości bólów porodowych. Na zasadzie bogatego materjału obserwacyjnego ustalili oni t. zw. liczby maksymalne, powyżej których nie należy się spodziewać samoistnego porodu, żywego dziecka. Liczby te wynoszą dla pierwiastek z czasowym odpływem wód 150 — 175 bólów, z odpływem przedwczesnym (przed początkiem bólów) — 200 — 250. Dla wieloródek liczby te wynoszą odpowiednio — 100 — 150, i 150 — 175. Zaznaczyć przytem należy, że liczenie zaczyna się od chwili pęknięcia pęcherza płodowego.

W przypadkach ze ścieśnieniem miednicy liczby bólów potrzebnych do ukończenia porodu od chwili pęknięcia pęcherza są oczywiście wyższe. Wynoszą one mianowicie dla pierwiastek z odpływem wód na czasie — 150 — 195, z odpływem przedwczesnym — 200 — 250; dla wieloródek — 100 — 195, i 150 — 195.

Oczywista spokojne wyczekiwanie do powyższych liczb możliwe jest tylko wówczas, jeśli nie wystąpią przedtem jakiekolwiek klasyczne wskazania do ukończenia porodu.

Reasumując szkoła Zurychska *(Walthard, Frey)* uważa, że 1) poród musi być ukończony, jeśli liczba bólów przekroczyła przytoczone cyfry. 2) Wkroczenie jest również konieczne jeśli pomimo 100 bólów nie postępuje rozwarcie ujścia zewnętrznego. 3) Podobnie zachować się należy w II okresie jeśli pomimo zupełnego rozwarcia poród nie następuje w 25 — 50 bólów (u pierwiastki). 4) Jeśli przy zupełnym rozwarciu mija 20 — 25 bólów u wieloródki, względnie 25 — 50 — u pierwiastki, a główka nie ustala się — należy uznać przeszkodę porodową za niepokonaną i co zatem idzie wkroczyć operacyjnie.

Autor niniejszego artykułu, pierwotnie sceptycznie nastrojony do zasad *Walthard'a* i *Frey'a*, zmienił z biegiem czasu swój stosunek do nich, i obecnie od r. 1933 oblicza bóle we wszystkich przypadkach i na tem opiera częściowo swoje wskazanie do interwencji. Oczywista nie zwalnia go to od próbnej obserwacji porodu pod innemi względami i od wkraczania położniczego pomimo nieprzekroczonych liczb maksymalnych bólów.

W sprawie leczenia raka szyjki macicy w czasie ciąży. (À propos du traitement du cancer du col utérin pendant le grossesse). B r o u h a i O. G o s s e l i n.

Bull. Soc. belge Gynéc. T. 9, str. 242, 1933 r.

Leczono dotychczas 40 przypadków raka szyjki w ciąży zapomocą radu.

W 10 przypadkach dotyczących I połowy ciąży wyniki były złe tak dla matki, jak dla dziecka: w 7 przyp. doszło do poronienia, przyczem niewiadomo czy nastąpiło to, jako skutek śmierci płodu pod wpływem promieni radu, czy też było wywołane mechanicznie przez aplikacje wewnątrz szyjkową. 8 chorych z tych 10 zmarło wkrótce, bądź to naskutek wzmożonej złośliwości nowotworu w ciąży, bądź naskutek zmienionej przemiany materji, czy też miejscowego przekrwienia i rozszerzenia dróg chłonnych.

Na 30 przypadków w II połowie ciąży przyszło do porodu przedwczesnego w 6. Z dzieci dwoje urodziło się martwo, 1 — jest idjotą, u jednego stwierdzono wrodzone wyłysienie, pozostałe 26 do chwili ogłoszenia niniejszego artykułu nie wykazuje odstępstw od normy.

O losie 10 matek brak wiadomości. Z pozostałych 20-stu, — dziesięć żyje.

Na zasadzie powyższego, stosunkowo skąpego (zdaniem autorów) materjału sądzą oni, że rad nie spełnił pokładanych nań nadziei. Przedewszystkiem podkreślić należy, że dla I połowy ciąży nadaje się przedewszystkiem terapja operacyjna, tembardziej, że wyniki tego leczenia właśnie w tych przypadkach są stosunkowo dobre: *Estienny* podaje wyleczenie w 49% przypadków (przy 2-letniej obserwacji) w I połowie ciąży, a 18% — w II połowie.

Natomiast dla II połowy ciąży bardziej odpowiedniem jest leczenie radem, nawet w przypadkach nadających się do operacji. Pozwala ono uzyskać żywe i zazwyczaj nieuszkodzone dziecko. Oczywista, rodzącą rozwiązuje się cięciem cesarskiem z dodaniem operacji radykalnej. W przypadkach nie nadających się do operacji pozostaje tylko leczenie energją promienną.

T. Zawodziński.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Kiła w roku 1933. (La syphilis en 1933). G. Miliani L. Brodier.

Paris Médical, N. 9, 1934.

W obszernej pracy znajdujemy zestawienie dorobku prac i doświadczeń naukowych w zakresie kiły.

Kiła doświadczalna. Badania *Lévaditi'ego* i jego współpracowników dowiodły istnienia cyklu rozwojowego krętka bladego, który może przybierać postać niewidzialną równie patogeniczną jak postać widzialna. Przejście postaci niewidzialnej w krętkową dokonuje się naskutek zjawienia się banalnych zapalnych odczynów tkanki. Tkanka mózgowa małpy, nerwowa królika a przypuszczalnie także i człowieka jest wyraźnie oporniejsza pod względem przenikania do niej krętków bladych. Aby krętek przeniknął do układu nerwowego ośrodkowego koniecznem jest — zdaniem Lévaditi'ego — aby przeszedł pewne fazy cyklu rozwojowego. U królików w pewnym okresie kiły doświadczalnej ta odporność układu nerwowego względem krętków zdaje się słabnąć. Lévaditi uzależnia ten okres od zjawienia się analergicznej fazy układu nerwowego, będącej w pewnym związku z odpornością skóry. Ten okres — zdaniem L. — sprzyja powstawaniu schorzeń paraluetycznych. Krętki blade znajdowano u myszy w rogach macicy w pobliżu nabłonka gruczołów śluzówki. Te badania dowodzą możności zakażenia płodu przez łożysko. Usiłowanie podzielenia tkanek na grupy t. zw. treponemophil i treponemophob dowiodły, że z wyjątkiem jądra, które w stanie potencjalnym zawiera cechy ektodermy i mezodermy wszystkie tkanki treponemophil (scrotum, skóra ucha, rogówka) — pochodzą z zewnętrznego listka ektodermy, podczas gdy większość tkanek treponemophob (skóra brzucha, mózg, gruczoły chłonne, mięśnie prążkowane, nerki) pochodzą już to z mezodermy już to z ektodermy wgłobionej.

Virus kiłowy w swej postaci krętkowej, znajdujący się w doświadczalnych wykwitach królika traci swoją ruchomość i właściwości patogeniczne po czterodniowym kontakcie z gliceryną w niskiej temperaturze. Ten sam wpływ gliceryny zauważono na postaci niewidzialnej krętka. Zdaniem *Lévaditi'ego* ta chwiejność krętka nie pozwala zaliczyć go do rzeczywistych postaci niewidzialnych (ultravirus), które są na działanie gliceryny bardzo odporne. Odczyn Bord. — Was. okazał się u królika całkowicie niespecyficzny — przeciwnie odczyn Meinicke'go wykazał znaczną specyficzność.

Epidemjologja: Zjazd dermatologiczny w Strassburgu poświęcony był zagadnieniom epidemjologji kiły. W przeważnej ilości prowincji francuskich i kolonjach francuskich wykazano zwiększenie ilości przypadków kiły. Zmniejszenie ilości przypadków kiły zanotowano tylko w niektórych prowincjach granicznych ponadto *Kismeyer* donosi, że w Danji kiła stała się prawie rzadkością. Wszyscy godzą się na to, że zwiększenie ilości przypadków kiły zależy od zwiększenia się pokątnej prostytucji, której sprzyja bezrobocie i kryzys ekonomiczny.

Thorel dowodzi, że w Hawrze w czasie kilkunastu lat spostrzega się co cztery lata podnoszenie się krzywej ilości przypadków kiły i to zjawisko jest analogiczne i w innych schorzeniach zakaźnych, jak rubeola, szkarlatyna, koklusz. Te wahania mogą być jedynie zależne od zmiany zjadliwości czynnika patogenicznego lub od podatności organizmu. *Spillman* zwraca uwagę na t. zw. wiosenne okresy nasilenia odczynów surowiczych i przypuszcza, że pod wpływem przyczyn do dziś dnia nieznanych czyto wpływów meteorologicznych czy to innych — może kiła z okresu utajenia przechodzić w okres reaktywacji.

Etjologja: zagadnienie nosicielstwa krętków przez kobiety w okresie kiły bezobjawowej zdaje się być rozstrzygnięte w sensie potwierdzającym przez badania *Coutts'a, Lépinay'a* i innych. Stwierdzono natomiast, że niebezpieczeństwo, na jakie naraża się osobnik spółkujący z kobietą, która przed 3-ma godzinami zakażona była krętkami przez kiłowego, jest minimalne, gdyż już po godzinie nie udaje się wykazać obecności krętków wprowadzonych do pochwy.

Stwierdzono niezawodnie wpływ urazu na rozwój zmian kiłowych u zakażonego, szereg przypadków reinfekcji i superinfekcji. Zagadnienie dwoistości krętka (dermotrope, neurotrope) i w obecnej chwili nie jest jeszcze rozstrzygnięte.

Owrzodzenie pierwotne: zwraca uwagę szczególna rzadkość występowania wykwitu pierwotnego w pochwie. Zależy to od kwaśnego odczynu środowiska nie sprzyjającego rozwojowi krętka. Z wyjątkiem ujść szyjki macicznej i gruczołów Barth. cała śluzówka znajduje się w środowisku kwaśnym. Kwasota ta zmniejsza się stopniowo w kierunku szyjki macicznej, a stosunki te ulegają zaburzeniu na niekorzyść zakwaszenia w przypadkach nieżytów macicy. Te spostrzeżenia skłoniły *Schulmana* do propagowania zakwaszania pochwy w celach zapobiegania zakażeniu. (Ung. acid. lactici 1:150).

Kiła II utajona może, zdaniem *Furriès*, przybrać cztery postaci: 1. bólową, 2. neuropatyczną, 3. asteniczną (najczęstsza), 4. mięszaną. Kiła objawowa II drobno guzkowa, okołomieszkowa jest, zdaniem *Milian'a*, mięszaną postacią gruźlicy i kiły. Autor ten zwraca uwagę na szereg punktów stycznych pomiędzy kiłą a gruźlicą: 1. kiłą okołomieszkową typu lichen scrophulosorum, 2. syphilis lichenoides często jako przemiana osutki typu 1., 3. syphilis pustulosa acneifor-

mis — oto trzy postacie występujące często u osobników gruźliczych.

Prócz tego kiła może przybierać kliniczny obraz sarkoidów bez żadnego związku z gruźlicą co więcej nawet u osobników nie gruźliczych. Guzy gruźliczo-kiłowe t. zw. kilaki mieszane również są znane, kiła może także wystąpić równocześnie z promienicą, dając wykwity o typie mieszanem.

S e r o l o g j a. Jako odczyny serologiczne kontrolujące leczenie na pierwszym planie należy umieścić odczyn Vernes'a w okresie początkowym kiły, odczyn Kahna — w okresie kiły bezobjawowej. Odczyn ten jest najczulszy i utrzymuje się najdłużej w czasie leczenia kiły. Gouin i jego współpracownicy badając t. zw. odczyn leukocytowy w przebiegu kiły doszli do następujących wyników: 1) u osobnika wolnego od kiły, który od 3-ch tygodni nie otrzymuje żadnego leku, zastrzyk leku przeciwkiłowego wywołuje po 2-ch godzinach leukopenję; 2) u kiłowego również nie leczonego od 3-ch tygodni taki sam zastrzyk wywołuje w 2 godziny hyperleukocytozę, która jest wyrazem obecności kiły i działania zastosowanego leku; 3) skoro w tych samych warunkach u osobnika kiłowego zjawi się leukopenja — wskazuje to na oporność schorzenia w stosunku do tego leku.

L e c z e n i e z ł o t e m: jest naogół w przypadkach kiły sposobem mało energicznym. Leki te działają dopiero w bardzo dużych dawkach znacznie większych niż w przypadkach gruźlicy. Pomimo to jednak stosuje się to leczenie w przypadkach kiły opornej na inne leki a zwłaszcza w leczeniu gruźlików zakażonych kiłą (Solganol B).

A r s e n o b e n z o l e. *Milian* stosuje z wielkiem powodzeniem arsenomyl, nowy środek pochodny arsenobenzolu, nadający się do zastrzyków domięśniowych. *Carteaud* zastosował również z dobrym wynikiem trilues. Z uszkodzeń posalwarsanowych pomiędzy innemi donosi *Lebourg* o 20-stu przypadkach poarsenobenzolowych zapaleń śluzówki jamy ustnej, obwiniając o powstanie tego powikłania banalne ropne bakterje i fuzospirylle, na które arsenobenzole działają w sensie biotropicznego pobudzenia ich żywotności.

Pochodne trójwartościowego arsenu, jak okazało się, nie atakują nerwu wzrokowego, przeciwnie pochodne pięciowartościowego są niebezpieczne w przypadkach zajęcia nerwu wzrokowego, zwłaszcza gdy istnieje równocześnie niedomoga nerkowa lub wątrobowa, alkoholizm, lub zmiany w układzie nerwowym ośrodkowym.

Co się tyczy bismutu — szereg autorów podnosi jego skuteczność jako środka zapobiegającego zakażeniu kiłowemu. *Hanzlik* i *Mehrtens* polecają nową pochodną bismutu — jodobismutol, którego zastrzyki domięśniowe powodują stałe przenikanie leku do płynu mózgowo-rdzeniowego i do tkanki nerwowej. *Lévaditi* te same zalety przypisuje innemu lekowi „bivatolowi".

K i ł a w r o d z o n a. Matka kiłowego noworodka jest sama zawsze zakażona kiłą i może bez obawy karmić swoje dziecko. Leczenie ciężarnej kiłowej powinno być podjęte zawsze jaknajwcześniej a i dziecko takiej matki powinno być leczone od chwili urodzenia. Niema natomiast potrzeby leczenia matki, jeżeli tylko ojciec choruje na kiłę.

Gaté i *Carle* odmawiają znaczenia guzkom Carabelliego, jako stygmatowi kiły wrodzonej, uważają ten objaw jedynie za wadę rozwojową uzębienia. Natomiast szereg prac wskazuje na częstość stygmatów kiły wrodzonej na palcach (syndaktylja, polidaktylja, paznokcie), małżowinach usznych (ich krótkość) i opuszkach palców (rozszerzenia w kształcie rakiety).

Leczenie gorączkowe kiły. (La pyrétothérapie de la syphilis). C h. R i c h e t syn i J. D u b l i n e a u.

Paris Médical, N. 9, 1934.

Najpewniejsze wyniki lecznicze przy pomocy malarji uzyskuje się w przypadkach paraliżu postępującego. W przypadkach innego umiejscowienia kiły układu nerwowego leczenie malarją może również dać poprawę stanu chorobowego, głównie jednak leczenie to w tych razach ma znaczenie zapobiegawcze w występowaniu różnych powikłań ze strony układu nerwowego. Z tych względów leczenie malarją powinno się stosować u chorych, którzy w przebiegu zakażenia wykazywali fazy czy to klinicznych czy to serologicznych objawów zajęcia opon.

W przypadkach kiły I i II leczenie gorączkowe w żadnym przypadku nie może zastąpić leczenia chemicznego, może tylko niejako wesprzeć leczenie chemiczne zwłaszcza jest to wskazane w postaciach złośliwych, opornych na leki, w końcu surowiczo-opornych.

Kiła wrodzona i trzeciorzędna skórna wyjątkowo tylko nadaje się do leczenia gorączkowego.

Sposób działania pyretoterapji jest złożony i jeszcze nie dosyć wyjaśniony. Z jednej strony należy się liczyć z bezpośredniem działaniem ciepła na krętki, z drugiej — i to jest daleko ważniejsze — z podłożem.

Poronne leczenie rzeżączki. (Traitement abortif de la blennorragie). J. J a n e t.

Paris Médical, N. 9, 1934.

W leczeniu poronnem rzeżączki używa się różnych leków: silnych roztworów azotanu srebra, nadmanganianu potasu i t. p. Autor od szeregu lat używa argyrolu (nukleinat srebrowy) z dobrym wynikiem.

Do leczenia poronnego nadają się ostre przypadki rzeżączki, w których zakażenie nie trwa długo. Trudno jest określić czas trwania zakażenia przypadków nadających się do leczenia poronnego. Dla J. najlepszym wskaźnikiem jest czystość lub zaledwie zopalizowanie pierwszej porcji moczu. Zależy to od nasilenia schorzenia. Zmętnienie wyraźne moczu, które może nastąpić zarówno po kilku godzinach, jak i po kilku dniach znacznie obniża szanse udania się tego leczenia.

Roztwór argyrolu powinien być przygotowany ex tempore w stosunku 1 gr na 5 cm zimnej wody destylowanej. Po obmyciu żołędzi przegotowaną wodą napełnia się roztworem cewkę przednią bez wywierania naporu. Zależnie od stanu zapalnego chory przyjmuje 2 do 5 cm roztworu. Zaciska się następnie ujście cewki na 5 minut, poczem kroplami wypuszcza się płyn, nie wyciskając ostatniej kropli i poleca się choremu możliwie jaknajdłużej powstrzymać się od oddania moczu (10 — 12 godzin). Zabieg ten wykonuje się rano i wieczór. O ile nie jest możliwem

wykonanie tego zabiegu przez lekarza, dwukrotnie w ciągu dnia lepiej, w celu uniknięcia wprowadzenia zakażenia do tylnej cewki, polecić choremu założenie do cewki pałeczki argyrolu 1 — 5% na całą noc.

W czasie leczenia trwającego 3 dni należy badać zawsze ranną kroplę wycieku, która zwykle w przypadku udanego leczenia już po 24 g. nie wykazuje obecności gonokoków. O ile w kropli znajdzie się gonokoki można być pewnym, że leczenia w ciągu 3 dni nie uda się zakończyć. W przypadkach t. zw. udanych należy po kilku dniach polecić prowokację (kilka szklanek piwa), poczem ostateczne badanie bakterjologiczne pozwoli stwierdzić wyleczenie.

W przyp. nieudanych, w których stwierdza się w wydzielinie po trzech dniach zwykle nieliczne gonokoki można powtórzyć leczenie poronne, co jednak rzadko prowadzi do celu. Takie przypadki, poddane leczeniu zwykłemu, wymagają mniej czasu, niż inne (przeciętnie 23 dni) do wyleczenia.

Sposób opisany zasługuje na rozpowszechnienie zwłaszcza wśród chorych, którzy zgłaszają się do lekarza z t. zw. „pierwszą kroplą".

Poziom inutellektualny u prostytutek. (Le niveau intellectuel des prostituées). R. R a b u t.

Paris Médical, N. 9, 1934.

Używając sposobów psychotechnicznych badał autor poziom intellektualny u prostytutek i u ludności tych sfer, z których przeważnie rekrutują się prostytutki i wykazał wyższy poziom u prostyt. t. zw. wolnych, znacznie niższy u znajdujących się w domach publicznych. Zjawisko to tłumaczy się przeciętnie starszym wiekiem tych ostatnich i dłuższem uprawianiem zawodu, wywierającego swój wpływ ogłupiający. W porównaniu z ogółem różnych sfer tylko pracownice domowe zbliżają się swoim niskim poziomem intellektualnym do prostytutek, co nie dziwi, gdyż przeważnie prostytutki (zwłaszcza w Paryżu) rekrutują się ze służby domowej.

W sprawie niektórych postaci kiły mięśni. (Notes anatomo - chimiques sur quelques types de syphilis musculaire. Contractures précoces, rétractions tardives). F a v r e, N o e l, P. M i c h e l.

Paris Médical, N. 9, 1934.

W dwu przypadkach czynnej kiły, późnej, surowiczo-dodatniej stwierdzono oprócz zmian specyficznych w szeregu organów wewnętrznych, obecność ogniskowych zmian specyficznych w mięśniach kończyn dolnych, które doprowadziły do przykurczów i wadliwego ustawienia kończyn dolnych (myositis interstitialis syphil). Obraz kliniczny przypominał obraz paraplegji, jednakże podczas autopsji wykluczono całkowicie udział układu nerwowego. Schorzenie zajmowało mięśnie ogniskowo — nie miało skłonności do wytwarzania zmian rozlanych, równocześnie istniały zmiany specyficzne w układzie naczyniowym.

Obraz kliniczny i histologiczny kiły mięśni zależy od okresu zakażenia; kiła wczesna daje objawy bardziej ostre w typie zapaleń kongestywnych, kiła późna daje zmiany poważniejsze, przewlekłe, jużto kilaki, jużto śródmiąższowe ograniczone ogniska zapalne, prowadzące do stałych przykurczów. Późne te zmiany kiłowe mięśni mogą naśladować niekiedy paraplegje.

Leczenie kiły dziedzicznej. (Le traitement des hérédosyphilitiques). M. P i n a r d.

Bruxelles — Médic. N. 11, 1934.

Autor pozostaje wierny dawnemu określeniu kiły u potomstwa osobników kiłowych, mianowicie określeniu kiła dziedziczna, gdyż jego zdaniem, kiła ta zostaje przekazana potomstwu od pierwszej chwili tworzenia się płodu — a określenie kiła wrodzona, pozostawia dla płodów zakażonych później krwią matki. Kiłę dziedziczną należy leczyć jako schorzenie zasadnicze, a nie leczyć tylko objawów kiły. Ważnem więc jest problemem wszczepienie w ogół lekarzy przekonania, że jeżeli chociaż jedno z rodziców cierpiało na kiłę, należy leczyć dziecko, nawet gdyby było pozornie zdrowe.

Istnieje bowiem szereg dzieci bez objawów klinicznych i serologicznych, u których po pewnym czasie utajona kiła wybucha i daje o sobie znać. Zdarzyć się również może, że osobnik z kiłą dziedziczną utajoną przekazuje zakażenie swemu pokoleniu, mówi się wtenczas, że zakażenie „przeskoczyło" jedno pokolenie.

Wyłączyć z ogólnego obowiązku leczenia można jedynie dzieci zrodzone z rodziców uprzednio dobrze leczonych i nie wykazujących objawów kiłowych i zrodzone z matek starannie leczonych w czasie ciąży.

Pamiętać należy, że kiła dziedziczna dzięki coraz powszechniejszemu leczeniu rodziców, rzadko kiedy występuje w postaci objawowej, klinicznie typowej. Coraz częstsze są przypadki kiły dz. zamaskowanej, dzieje się to zwłaszcza w trzecim pokoleniu, gdy dzieci są zakażone kiłą, pochodzącą od dziadków, co nie należy wcale do bardzo rzadkich wydarzeń. Szereg objawów dotyczących łożyska i płodu wskazuje na obecność kiły dziedzicznej: 1. duże, przerosłe łożysko, twarde i blade, przekraczające szóstą część wagi płodu, 2. pierwszym objawem zwiastującym obecność kiły dz. jest niekiedy duża waga dziecka, przekraczająca 4½ kg, która zdarza się w przypadkach cukrzycy kiłowej. Mała waga płodu może również zależeć od obecności kiły, może być jednak skutkiem wielu innych przyczyn. 3. Spazmofilja, nieustające zaburzenia kiszkowe, brak tolerancji na wszystkie sposoby żywienia noworodka, nawykowe wymioty stanowią także objawy kiły dz. ukrytej. Dalej wymienia autor jako objawy specyficzne: powiększenie wątroby i śledziony, guzy czołowe, cranio-tabes, konwulsje, opóźnienie ząbkowania, chodzenia i mówienia, incontinentia urinae poza 3-cim rokiem życia, astenja, opóźnienie w miesiączkowaniu, łatwe omdlenia i t. d.

Serologiczne dodatnie odczyny nie są regułą w przyp. kiły dz. Spostrzega się spadek dodatnich odczynów surowiczych. W r. 1911 naprzykład na 108 przyp. kiły dz. było 64 dodatnich odczynów, obecnie stwierdza się ich 17%. Największa ilość surowiczo-dodatnich stwierdza się w 3-cim roku życia.

L e c z e n i e: powinno mieć na celu usuwanie nie tylko objawów kiłowych, ale wyleczenie samego schorzenia. Dwa są najczęstsze błędy, jakie popełnia się w leczeniu kiły dz.: stosowa-

nie środków t. zw. słabych i stosowanie leków w dawkach niewystarczających. Do środków energicznych należy arsenobenzol, który można zawsze stosować nawet u noworodków (do vena jugularis externa, do żył czaszkowych lub do sinus longitudinalis superior). Trzy pierwsze dawki powinny być względnie słabe lecz zastosowane w krótkim czasie jedna po drugiej (przerwy 2 — 3 dni). Jest to leczenie b. energiczne, niezawsze jednak daje się zastosować w leczeniu ambulatoryjnem; w tych razach godne polecenia są podskórne zastrzyki sulfarsenolu. Leczenie nie powinno się prowadzić za długo; trzeba pamiętać, że część przypadków wyleczy się względnie prędko, innych nie wyleczy się nigdy.

Prawie równie energicznym sposobem leczenia jak arsenobenzolowe jest leczenie bismutem rozpuszczalnym w tłuszczach (2 mili. bism. metal. na kilogram wagi 2 razy tygodniowo). Autor stosuje leczenie naprzemienne. Oprócz tych dwuch leków, które są w stanie wyleczyć zakażone dziecko, jako leki pomocnicze służą: wcierki lub zastrzyki rtęciowe. Doustne leczenie jest mało skuteczne.

Wszystkie objawy kiły dz. można podzielić na trzy grupy: 1) nie cofające się pod wpływem leczenia t. j. encephalopathia, idiotismus, sclerosis pulmonalis, spleno- et hepatomegalia chronica, retinitis atrophica, cataracta congenit., 2) objawy, które pod wpływem leczenia zatrzymują się w swoim rozwoju: hemiplegia cerebr., convulsio, meningo-myelitis, dystrophia endocrin. 3) objawy, które ustępują po leczeniu: exanthema syph. pemphigus, osteochondritis, osteoperiostitis, arthritis, adenitis.

Jako leczenie sprzyjające ustępowaniu kiły podaje się gruczoły wewnętrznego wydzielania, preparaty jodowe, siarkowe, leczenie świetlne, witaminę D, ergosterol naświetlany; w końcu godne polecenia jest leczenie klimatyczne.

Jedynym skutecznym i racjonalnym sposobem zapobiegania kile dz. jest systematyczne leczenie rodziców przed poczęciem i leczenie ciężarnych.

Kiła a gruczoły wewnętrznego wydzielania. (Syphilis et Endocrines). V. L e s p i n n e.

Bruxelles — Médic. N. 12, 1934.

Krętki, zaniesione z prądem krwi do gruczołów wewnętrznego wydzielania, zakażają je i wywołują zmiany, których następstwem jest upośledzenie czynności tych gruczołów (hypofunctio, dysfunctio).

Oprócz zestawienia licznych opisów klinicznych zespołu zaburzeń gruczołowych w przypadkach kiły przytacza autor szereg takich przypadków, w których stwierdzono zajęcie endokrinów nie tylko klinicznie ale także histologicznie i bakterjologicznie podczas autopsji, przyczem wykazano, że kiła atakuje zwłaszcza organy bogate w naczynia, a takimi są gruczoły wewnętrznego wydzielania.

Z zestawienia wynika konieczność podawania preparatów gruczołowych u kiłowych na równi z leczeniem chemicznem

O konieczności odróżniania erythema annulare centrifugum Dariera od erythema chronicum migrans Lipschütza. (Distinction nécessaire entre „L'erytheme annulaire centrifuge de Darier" et „l'erythema chronicum migrans d'Afzelius-Lipschütz"). T o u r a i n e i G o l e n t e.

Annales de Derm. et de Syphil., N. 4, 1934.

Schorzenie na które pierwszy zwrócił uwagę *Darier* i które nazwał *erythema annulare centrifugum* i to, które później opisał *Lipschütz* pod nazwą *erythema chronicum migrans* — mają niektóre cechy wspólne zasadniczo jednak są to dwa różne schorzenia. Z przeglądu około 80-ciu przypadków, opisanych dotychczas w literaturze, widać że istnieje pewne zamieszanie w tym dziale.

Wspólnym objawem dla obu tych schorzeń jest pierścieniowaty rumień, szerzący się obwodowo i przewlekłość schorzenia. Wszystkie inne cechy są różne. I tak: w typie Dariera wykwity są liczne, zwykle na tułowiu rozpoczynają się od rumieniowej plamki, która szerząc się szybko zamienia się w pierścień. Wykwitów przybywa coraz więcej, przez co obraz się wikła, może dołączyć się swędzenie, złuszczenie, powstanie pęcherzyków, co upodabnia niekiedy to schorzenie do choroby Dühringa lub do rumienia wielopostaciowego. Schorzenie to jest prawdopodobnie następstwem ogólnych stanów toksycznych lub toksyczno-zakaźnych.

Typ Lipschütza stanowi zawsze pojedyńczy wykwit (wyjątkowo podwójny), rozpoczynający się od rumienia grudkowatego, w jego części środkowej widać jakby ukłucie, jakby ślad urazu toksycznego czy zakaźnego. Grudka dopiero po pewnym czasie nagle zamienia się w rumień pierścieniowaty, który, ustępując w części środkowej, pozostawia zasinienie. Nigdy nie występują swędzenie, łuszczenie ani pęcherzyki. Przyczyną tego schorzenia jest przypuszczalnie jakiś czynnik miejscowy toksyczny lub zakaźny. Ukłucie przez owady, po których często ten rumień występuje — nie jest prawdopodobnie istotną przyczyną a jest tylko momentem pobudzającym jakiś czynnik nieznany.

Przyczynek do patogenezy poikilodermji. (Contribution a l'etude des poikilodermies). S. N o g u e r - M o r é i M. G r a u - B a r b e r a.

Annales de Derm. et de Syphil., N. 4, 1934.

Przytoczone 3 przypadki przedstawiają wspólne cechy, dotyczące etjologji, morfologji i przebiegu schorzenia. Wszystkie 3 odnoszą się do kobiet poza schorzeniem skórnem całkowicie zdrowych, nie wykazujących żadnej niedomogi nadnerczy, zatrudnionych w tkalni, narażonych na stały bezpośredni kontakt z rozpryskującymi się smarami, zawierającemi zanieczyszczoną oliwę z domieszką arszeniku i żelaza. Wykwity skórne są dwojakiego rodzaju: podostre lub przewlekłe zapalenie ujść mieszków włosowych ze skłonnością do nadmiernego rogowacenia i do pigmentacji i plamy barwikowe już to tworzące duże ciemnozabarwione ogniska już to bardziej dyskretne, wykazujące niekiedy rysunek siatkowaty.

W okach tej siatki skóra jest cokolwiek ścieńczała pseudoatroficzna; brak rzeczywistych zaników skóry i mięśni, jakie stwierdza się w innych postaciach poikilodermji.

Zmiany skórne zajmują twarz, szyję i ręce.

Przypadki te należy zaliczyć do grupy toksydermji, której punktem wyjścia są mieszki włosowe. A więc — toksydermji pochodzenia egzogennego. Czynniki szkodliwe ulegają resorbcji przez mieszki włosowe, co tem łatwiej odbywa się, że mieszki te są schorzałe. Rozlane zmiany barwikowe, zjawiające się w jakiś czas po mieszkowych są prawdopodobnie zależne od tego samego czynnika toksycznego przy zjawiającym się stopniowo uczuleniu na czynniki szkodliwe. Możliwe, że pośredniczy w tym procesie układ dokrewnosympatyczny. Badanie histologiczne potwierdza powyższą hipotezę, gdyż wykazuje w otoczeniu mieszków włosowych duże skupienie nacieków i gromadzenie się barwika w powierzchownych warstwach skóry właściwej.

Zamieszanie jakie istnieje w klasyfikacji poikilodermji nie dziwi, jeżeli przejrzeć opisywane w literaturze nieraz bardzo różniące się od siebie przypadki. Autor dzieli te schorzenia zależnie od przyczyny wywołującej je na trzy grupy:

1. Poikilodermje w swoim początku pochodzenia egzogennego z nieznacznymi zanikami wtórnymi lub bez zaników, dla których proponuje nazwę toxidermia follicularis pigmentosa.

Do tej grupy zalicza 3 opisane przez siebie przypadki, dalej — opisywane przez *Riela* t. zw. „Kriegsmelanose", schorzenie będące następstwem zatrucia skutkiem nieodpowiedniego odżywiania a wykazujące pewne podobieństwo do grupy photo-dermatoz. Do tej grupy należy także szereg dermatoz zawodowych, które tak jak i poprzednie schorzenia przebiegają pod postacią zmian w ujściach mieszków włosowych przewlekłych ze skłonnością do nadmiernego rogowacenia (w odróżnieniu od ostrych lub podostrych zmian mikrobowych).

2. Poikilodermje pochodzenia endogennego (endokrinoneurotroficznego) z pierwotnym zanikiem skóry a także mięśni. Tu należą typ Petges - Clejat z przewagą zaników mięśni, postać Jacobi'ego uogólniona i postać Civatte'a, ograniczona jedynie do skóry twarzy i szyji, którą sam Civatte niesłusznie zresztą identyfikuje z melanozą Riela.

3. Poikilodermje wtórne lub zespoły poikilodermiczne; obejmują najrozmaitsze schorzenia, które mogą w pewnych okresach dawać obrazy podobne do poikilodermji (lupus erythem., sclerodermia, mycosis fung, leucaemia cutis, parakeratosis variegata et lichenoides).

Nowe badania nad odczynem Desmoulière'a. (Nouvelles études sur la réaction de Desmoulière). R. J. Weissenbach, G. Basch i J. Martineau.

Annales de Dermat. et de Syphil., N. 5, 1934.

Na podstawie wyników licznych badań porównawczych w przypadkach kiły różnych postaci i okresów — autorzy twierdzą, że odczyn Desmoulière'a, wykonywany ściśle według przepisów należytej techniki winien być brany pod uwagę na równi z odczynem Bordet-Was., Hechta, Vernesa i Kahna.

Skutkiem swojej specyficzności i czułości, z czego wypływa jego wczesne pojawianie się i długie utrzymywanie się zarówno w kile świeżej, późnej jak i wrodzonej. Oddaje zwłaszcza duże usługi w kontrolowaniu skuteczności leczenia i zapobieganiu kile.

W sprawie stosowania pochodnych „tytanu". (Tuberculose aiguë a forme granulique et syndrome articulaire aigu déclanchés par l'emploi des sels de Titane chez un malade atteint de psoriasis anciěn...). G. Petges, J. A. Labat i P. Le Coulant.

Annales de Dermat. et de Syphil., N. 5, 1934.

Stosowanie soli tytanu jako środka przeciw swędzeniu w postaci maści na nieduże powierzchnie skóry daje dobre wyniki i w pewnych przypadkach nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa. Lek ten zastosowany na duże powierzchnie skóry może ulec wchłonieniu i wywołać objawy zatrucia nawet poważne.

Spostrzeżenie autora jest przykładem tych niepożądanych następstw. Absorbcja leku wywołała ostre toksyczne zapalenie nerek i była bodźcem do zaostrzenia się ukrytego procesu gruźliczego w sensie pobudzenia biotropicznego *(Milian)* tak, jak to dzieje się niejednokrotnie w przypadkach zakażenia gruźlicą po zastrzyku tuberkuliny, po podaniu niektórych leków nietoksycznych, np. jodku potasu.

Trujący wpływ tego leku był w opisanym przypadku niewątpliwy. Na karb tego zatrucia należy położyć ostre zapalenie nerek i ostre obrzęki stawów u osobnika z przewlekłą łuszczycą, powikłaną zmianami artropatycznemi. Gruźliczej etjologji obrzęków stawowych niestety nie można było potwierdzić badaniem histologicznem. Przypadek powyższy jest b. ciekawy ze względu na połączenie gruźlicy i łuszczycy i przypomina spostrzeżenia innych autorów, którzy jako czynnik etjologiczny artropatji łuszczycowych podawali prątek Kocha. *Z. Jastrzębska.*

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji, Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto P. K. O. 15.785.

Zakł. Graf. „DRUKPRASA", Warszawa, Nowy-Świat 54. Tel.: 615-56 i 242-40.